Costea Munteanu

Piața ca virtute

O analiză economică a serviciilor medicale din SUA

Institutul Ludwig von Mises România

2022

Introducere

Marea majoritate a oamenilor susțin diferitele politici guvernamentale întrucât ei cred cu adevărat că guvernul trebuie să rezolve problemele sociale. Numai rareori iau în calcul și posibilitatea că guvernul ar putea fi cauza acestor probleme sau că intervenția acestuia le agravează. Așa după cum nu iau în calcul nici posibilitatea ca acțiunile voluntare întreprinse pe o piață liberă (de intervenția guvernului) să fie capabile să rezolve multe din așa-zisele eșecuri ale pieței.

Fapt este că această credință larg răspândită în menirea naturală a statului este dublată de credința la fel de larg răspândită în slăbiciunea intrinsecă a pieței libere. Și aceasta întrucât se consideră că sistemul bazat pe piața liberă nu poate apărea sau persista pentru că, în absența intervenției protectoare a statului, anumiți oameni vor avea întotdeauna atât stimulentul cât și abilitatea de a folosi forța împotriva celorlalți, grupurile aflate în competiție care ar putea coopera pentru a soluționa disputele putând la fel de bine să comploteze pentru exercitarea coerciției. Iar piața singură nu se poate apăra de acțiunea unor astfel de grupuri prădătoare, fapt pentru care intervenția corectoare a statului devine indispensabilă.

Articolul-serial pe care vi-l propun aici devoalează însă o stare de lucruri cu totul diferită. Urmărind, cronologic, evoluția din ultimii 150 de ani a pieței serviciilor medicale din Statele Unite, el scoate la lumină un adevăr tulburător: departe de a fi *protectorul* pieței în fața acțiunii grupurilor

de interese prădătoare, statul american s-a dovedit a fi de fapt *complicele* (deloc dezinteresat al) acestora în asasinarea instituțională a pieței și instituirea monopolului medical etatisto-corporatist din America zilelor noastre.

Nu cred că ar fi o exagerare dacă aș spune că, în mod predilect în timpurile noastre, problema fundamentală a economiei o reprezintă alegerea ce trebuie mereu făcută între singurele alternative realiste de organizare socială: stat sau piață liberă; constrângere sau proprietate privată; birocrat sau întreprinzător.[1]

Privind din perspectivă istorică modul în care societățile umane s-au raportat la acest set de alegeri, putem observa manifestarea unei tendințe seculare neabătute de creștere, și nu de micșorare, a implicării statului în economie. De exemplu, dacă până la începutul secolului al XIX-lea se constată o implicare redusă, și menținută la un nivel relativ constant, a statului în economie (măsurată prin echivalentul din PIB al prelevării de impozite, implicarea se cifra la nivelul de 5%), spre sfârșitul secolului se observă o tendință de creștere continuă a procentului prelevărilor, pentru ca la jumătatea secolului al XX-lea prelevarea să ajungă la valori ce depășeau 50% din PIB.[2] În prezent, cotele de prelevare variază destul de semnificativ între state, dar se mențin în medie la peste 40%, din PIB, criza pe care încă o traversăm antrenând de fapt o creștere masivă a implicării statului în economie (în special pe

1 Vezi și Marius Spiridon (2005), *Ciclul în teoria economică modernă*, teză de doctorat, Institutul Național de Cercetări Economice, Academia Română, p.92.

2 Vezi Aurelian Dochia (2010), *Fragmente de criză*, București, Editura Expert, p.118.

secvența măsurilor de combatere a efectelor crizei adoptate de majoritatea autorităților lumii).

Mai mult decât atât. În jumătatea de secol de după cel de-al Doilea Război Mondial, se observă că până și în țările occidentale puternic industrializate (în plus față de țările blocului comunist din acel timp) sectorul public / colectivizat și-a extins rolul redistributiv până la niveluri reprezentând 40% – 60% din totalul venitului generat în țările respective.

Avem, deci, de-a face cu un fenomen în fond tulburător, pe care l-am putea numi **preferința perenă a oamenilor pentru stat**, adică pentru organizarea societății în baza intervenționismului etatist (respectiv, preferința lor pentru ordinea coercitivă impusă de autoritatea statală), în detrimentul organizării societale în temeiul funcționării piețelor libere.

Această stare de lucruri este de natură să ridice o serie de întrebări tulburătoare, aș zice, precum:

– de ce tocmai intervenționismul etatist este perceput de oameni ca fiind soluția durabilă pentru o bună funcționare a comunităților umane din mai toate timpurile ?

– dacă economia de piață liberă este atât de bună – precum susținem noi, libertarienii – atunci de ce nu este ea percepută ca fiind soluția cea adevărată?

– dacă guvernele sunt atât de rele, de ce au astăzi atâta putere în întreaga lume?

Se pare că explicația în general agreată pe care cercetătorii din științele sociale o dau acestui fenomen este aceea că

cetățenii înșiși doresc și cer acest lucru, respectiv o societate bazată pe stat. Altminteri, se argumentează, personalitățile și partidele politice care eventual ar candida pe platforma micșorării statului și a creșterii pieței ar câștiga puterea și ar schimba raportul în favoarea pieței libere. Ceea ce, precum tocmai am văzut, nu s-a prea întâmplat la scara istoriei moderne (de altfel, scorul electoral relativ modest obținut de senatorul republican american Ron Paul – politician promotor al viziunii libertariene – în cursa pentru obținerea investiturii partidului său drept candidat pentru alegerile prezidențiale din 2012 este, poate, cea mai recentă și notorie ilustrare a acestui fapt).

Cred însă că subiectul trebuie aprofundat mai mult, dacă dorim găsirea unor răspunsuri la întrebările de mai sus.

În acest sens, merită să observăm că marea majoritate a oamenilor – de la noi și de aiurea – susțin diferitele politici guvernamentale (prin care statul se implică în economie) întrucât cred cu adevărat că guvernul trebuie să rezolve problemele sociale. Numai rareori iau ei în calcul și posibilitatea că guvernul ar putea fi cauza acestor probleme sau că intervenția acestuia le agravează. Așa după cum nu iau în calcul nici posibilitatea ca acțiunile voluntare întreprinse pe o piață liberă (de intervenția guvernului) să fie capabile să rezolve multe din așa-zisele eșecuri ale pieței.

Pe de altă parte, credința larg răspândită în menirea naturală a statului este dublată de credința la fel de larg

răspândită în slăbiciunea intrinsecă a pieței libere, în sensul că:[3]

– sistemul bazat pe piața liberă nu poate apărea sau persista pentru că, în absența intervenției protectoare a statului, anumiți oameni vor avea întotdeauna atât stimulentul cât și abilitatea de a folosi forța împotriva celorlalți;

– și chiar dacă societatea ar lua naștere într-o lume perfect libertariană, fără nici un stat, grupuri aflate în competiție vor forma în cele din urmă un guvern coercitiv;

– astfel că, în lipsa monopolului guvernamental asupra folosirii forței, grupuri aflate în competiție care pot *coopera* pentru a soluționa disputele ar putea la fel de bine să *comploteze* pentru exercitarea coerciției;

– ca atare, pentru cei mulți dintre noi care gândesc astfel, e improbabil ca o societate libertariană să supraviețuiască, și aceasta datorită a ceea ce poate fi numit „paradoxul cooperării": unii oameni vor fi capabili să coopereze îndeajuns de mult încât să îi amenințe pe ceilalți cu forța privată sau cu cea a unui stat, iar acest lucru constituie, în opinia majorității dintre noi, o caracteristică absolut inevitabilă a unei societăți non-statale (care nu se bazează pe ordinea legitimă impusă de stat);

---

3 Urmez aici liniile de analiză dezvoltate în Edward P. Stringham, Jeffrey Rogers Hummel (2010), *If a Pure Market Economy is So Good, Why Doesn't It Exist? The Importance of Changing Preferences versus Incentives in Social Change*, Quarterly Journal of Austrian Economics, vol.13, nr. 2.

– și chiar în eventualitatea în care cei mai mulți oameni ar fi pașnici, grupurile mai puternice tot le-ar putea amenința pe celelalte, care nu prea ar avea altă posibilitate decât să bată în retragere: deși victimelor le-ar fi mai bine dacă nu ar fi persecutate deloc, totuși ele sunt într-o situație mai bună dacă suportă persecuția și nu răspund cu aceeași monedă, decât dacă ar riposta, deoarece confruntările sunt costisitoare.

Pe această linie de judecată se înscriu, de altfel, și următoarele aserțiuni ale unui cercetător cu reputație în domeniu: „*În lipsa guvernului – sau chiar și atunci când există un guvern slab – grupuri predatoare se vor impune prin forță și vor crea un guvern pentru a extrage venituri și bogăție de la aceștia* (restul populației – n.n.)”.[4] Ceea ce impune în mod firesc și implacabil concluzia, pentru atât de numeroșii adepți ai unei astfel de interpretări, că guvernul este inevitabil iar preferința pentru stat este rațională.

Analiza-serial pe care v-o propun prin acest prim episod avansează o perspectivă sensibil diferită: piețele libere și cooperarea socială voluntară în general sunt elementul cheie în crearea factorilor comportamentali decisivi – precum încrederea – pentru ca societățile să poată funcționa corespunzător. Ele sunt cele care facilitează afirmarea și consolidarea lumii civilizate, între pilonii căreia se află și performanța economică. Lăsate să funcționeze liber de orice intervenție guvernamentală distorsionantă, piețele duc inclusiv la creșterea nivelului de

4 Randall G.Holcombe (2007), *Government:Unnecessary but Inevitable*, în Journal of Libertarian Studies, Vol.21, No.1, p.326.

încredere al indivizilor, facilitând astfel relațiile inter-umane și crescând coeziunea socială.

Ceea ce înseamnă că nu „paradoxul cooperării" sau alți pretinși factori endogeni ai funcționării libere a piețelor duc la capotarea lor, ci acțiunea distorsionată generată de intruziunea unor factori perturbatori induși „din exterior" (exogeni), cum este prin excelență intervenția guvernamentală.

În sprijinul unei astfel de înțelegeri a stării de lucruri, analiza-serial ce va urma se bazează pe fapte și dovezi istorice. În acest sens, serialul urmărește, cronologic, evoluția în ultimii 150 de ani a pieței serviciilor medicale din Statele Unite și devoalează mecanismele intime prin care:

- piața liberă a serviciilor medicale de pe la mijlocul secolului al XIX-lea (când asistența medicală se baza pe sistemul medicilor privați de familie, care-și alocau cea mai mare parte a timpului lor pentru consultarea și cunoașterea îndeaproape a pacienților, percepând tarife scăzute, aflându-se într-o competiție liberă pe piața prestării de servicii medicale – medici alopați, medici homeopați, medici chiropracticieni specializați în tehnica preso-puncturii, farmaciști, moașe, surori medicale);
- a fost ulterior treptat sugrumată (până spre primele două decenii ale secolului al XX-lea) prin complotul pus la cale de grupurile de interese ale medicilor alopați (ce urmăreau, pe de o parte, limitarea exercitării profesiunii de către concurenți – homeopații, osteopații, chiropracticienii, farmaciștii,

moașele, surorile medicale – și, pe de altă parte, restricționarea ofertei de servicii medicale pentru ridicarea artificială a nivelului tarifelor acestora – prin restricționarea severă a accesului la sistemul educațional medical prin limitarea semnificativă a numărului instituțiilor de învățământ medical acreditate, și obținându-se astfel reducerea masivă a numărului elevilor și studenților admiși anual în cadrul școlilor medicale acreditate);

- pentru a fi în cele din urmă metamorfozată în actuala structură de monopol medical etatist-corporatist. O structură ce combină simbiotic funcția de monitorizare a statului (exercitată prin corpul de birocrați medicali federali și statali), cu atribuțiile de reglementare și control ale rețelei de instituții girate de medicii alopați (American Medical Association, Federația Consiliilor Medicale statale și Consiliile statale ale examinatorilor-licențiatori medicali), precum și cu activitatea comercială a unor entități corporative private ce beneficiază de un regim privilegiat în relațiile cu autoritățile medicale mai sus menționate (anumite companii de asigurări medicale, anumite rețele farmaceutice, anumite firme producătoare de medicamente, anumite lanțuri de spitale). Un monopol medical ce și-a consolidat și întărit puterea de-a lungul întregului secol XX, capabil în prezent să neutralizeze acțiunea oricărui competitor ce atentează la hegemonia sa.

Lecția centrală, cu reprezentativitate mai largă, pe care voi încerca să o extrag din cazul pieței medicale nord-americane este însă următoarea:

- atâta timp cât complotul pus la cale de grupurile de interese (ale medicilor alopați) s-a realizat prin-forțe-proprii (adică din interiorul mecanismelor de funcționare ale pieței libere), el a eșuat, iar **piața și-a dovedit capacitatea genuină de a-și prezerva buna funcționare** chiar și în condițiile apariției unor perturbații activate „din interior" (endogen) de către unii dintre participanții pe piață (în cazul nostru, medicii alopați);
- însă, atunci când acest complot a beneficiat și de intruziunea forței coercitive a statului, el a dus în cele din urmă la **asasinarea instituțională a pieței libere**, prin instituirea monopolului medical etatisto-corporatist.

Reconstituirea cronologică a asasinatului pe care v-o propun spre atenție începe cu *perioada timpurie* a funcționării libere a pieței americane a serviciilor medicale, trece prin *perioada de mijloc* a instituirii treptate și a punerii efective în lucru a monopolului medical etatisto-corporatist, și ajunge până la *perioada recentă* a zilelor noastre, care consemnează consolidarea implacabilă a monopolului.

Inițiativa înfăptuirii asasinatului a aparținut *profesiei* (în speță, corpul profesional al medicilor alopați), eficientizarea inițiativei s-a făcut prin intervenția simbiotică a forței coercitive a *politicului* (în speță, corpul de birocrați medicali federali și statali), iar consolidarea simbiozei s-a împlinit

prin alianța cu *industria* (entități corporative private beneficiare ale unui regim privilegiat în relațiile cu autoritățile etatisto-medicale: anumite companii de asigurări medicale, anumite rețele de firme farmaceutice, anumite firme producătoare de medicamente, anumite lanțuri de spitale).

I. Perioada timpurie: piața liberă și medicina populară

De-a lungul anilor de început ai constituirii națiunii americane și până spre mijlocul secolului al XIX-lea, asistența medicală în SUA se baza pe sistemul medicilor privați de familie, care-și alocau cea mai mare parte a timpului lor pentru consultarea și cunoașterea îndeaproape a pacienților, percepând tarife scăzute, și aflându-se într-o competiție liberă pe piața prestării de servicii medicale (medici alopați, medici homeopați, chiropracticieni specializați în tehnica preso-puncturii, farmaciști, moașe, surori medicale, vindecătoare).[5]

De fapt, în acea perioadă medicii nu erau prea numeroși, în timp ce „vindecătoarele" ocupau un loc important în viața de zi cu zi a noilor imigranți. Vindecau durerile cele mai cunoscute, încurajau bolnavii, asistau nașterile. În afara marilor orașe, în zonele rurale, populația obișnuia să se trateze la „vindecătoare". Tratamentele se bazau mai ales pe ceaiuri din ierburi și plante, de o mare varietate (inspirate din bogata farmacopee a indienilor).[6]

---

5 Murray Rothbard: *Government Medical "Insurance*" , în Mises Daily din 29.06.2012, p.1 (http://mises.org/daily/6099/Government-Medical-Insurance – accesat 22.02.2013).

6 Thierry de Lestrade (2014), *Postul negru. O nouă terapie*, Editura Philobia, Colecția Sănătatea, pp.22-23.

> Am crescut într-o familie numeroasă, la țară, la câteva mile distanță de primul medic; toate bolile, cu excepția celor mai grave, erau doftoricite cu ceaiuri, lucru valabil pentru toate familiile din această țară.[7]

Femeile vindecătoare erau foarte populare: nu se considerau medici (întrucât nu aveau diplomă), iar pentru ele a vindeca nu era o profesie, ci un serviciu în beneficiul comunității; erau deci și puțin plătite. Remediile lor erau pe bază de plante, frunze, rădăcini, în decoct sau sub formă de soluții cu puțin alcool. Plantele erau folosite întregi, ceea ce permitea un control mai bun al efectelor secundare neplăcute.[8]

În schimb, medicii „alopați" considerau că astfel de remedii acționează prea lent, dacă nu chiar deloc. Farmacologia lor căuta să izoleze principiile active ale plantelor pentru a obține efecte mai rapide, mai intense, pe o perioadă de timp mai scurtă.[9] Totuși, medicina alopată a epocii avea foarte puține de oferit:

> Baza sa teoretică era fragilă și imprecisă, terapeutica neputincioasă, dacă nu chiar periculoasă. Viziunea dominantă era cea a unei medicini numite „eroice": medicina era concepută ca un război, iar corpul, ca un câmp de luptă. Principalele arme ale alopaților erau prelevările de sânge (flebotomia) și injectarea cu mercur (calomelul – clorură mercuroasă),

7 Edward H. Dewey (1900), *The No-Breakfast Plan and the Fasting Cure*, Meadvile, apud Thierry de Lestrade, *op.cit.*, p.22.
8 Thierry de Lestrade, *op.cit.*, pp.22-23.
9 Thierry de Lestrade, *op.cit.*, p.23.

> principiul fiind unul simplu: prelevările de sânge curăță sângele, purgativul curăță corpul. Eficace în doze mici, calomelul era de asemenea prescris în doze „eroice", cu scopul de a purifica întregul sistem (organism), devenind un medicament panaceu, produsul cel mai folosit de această categorie de medici de-a lungul secolului al XIX-lea. Alături de mercur au apărut însă în medicina alopată a timpului și chinina și opiumul, considerate drept stâlpi ai *materia medica*. În plus, plumbul, antimoniul sau arsenicul erau alte substanțe toxice de origine minerală uzuale la timpul respectiv, continuând în SUA tradiția medicală născută în Europa secolului al XVI-lea.[10]

Calomelul nu era însă singurul remediu recomandat de medicii alopați în perioada acea. Dacă vizata „curățire a sistemului" nu părea satisfăcătoare, medicul folosea o altă armă: un vomitiv, emeticul (tartrat de antimoniu și potasiu):

> Acesta provoca „evacuări" descrise de medic drept „ciclonice", deși tratamentul determina o otrăvire cu antimoniu. Sistemul organic era supus unui exces de sângerări, în timpul cărora se scotea, de fiecare dată, aproape o jumătate de litru de sânge, prelevările fiind repetate până apărea ameliorarea așteptată.[11]

În aceste condiții, nu trebuie să surprindă că majoritatea populației prefera, în ultimă instanță, să meargă la

10 Thierry de Lestrade, *op.cit.*, pp.18-19.
11 Thierry de Lestrade, *ibidem*.

vindecătoare. Pentru că erau mai aproape, pentru îngrijirile mai „blânde": deveniseră atât de populare, încât medicii (alopați) le considerau un pericol pentru profesia lor. Pentru ei, vindecătoarele erau pur și simplu o formă de concurență neloială, în special din cauza prețurilor mult mai mici pe care ele le percepeau pentru consultațiile acordate.

Elocvent pentru opțiunile populației în acel timp este faptul că, începând cu 1830, ia naștere vasta mișcare People's Health Movement – o reacție directă la elitismul medicilor din marile orașe, precum și la tratamentele lor „eroice".[12]

Mișcarea preconiza reîntoarcerea la natură și susținea ideea că oricine poate fi medic pentru el însuși, cu o igienă de viață corectă și o nutriție sănătoasă. Important este de precizat în acest context că noua viziune va favoriza curând incredibila dezvoltare a unei noi școli de medicină: homeopatia.

Totuși, nu puțini medici alopați au început să-și pună întrebări asupra justeței „medicamentelor" pe care le foloseau:

> Cred temeinic că, dacă materia medica, folosită așa cum este în prezent, ar putea să fie aruncată în totalitatea sa pe fundul mării, ar fi spre binele umanității și spre nenorocirea peștilor.[13]

---

12 Vezi și Paul Starr (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books, pp.47-58, apud Thierry de Lestrade, *op.cit.*, pp. 23-24.

13 Cuvinte ce au fost rostite în anul 1860 de către Oliver Wendell Holmes, decan la acea dată al Universității Harvard, apud Thierry de Lestrade,

Mulți medici alopați se îndepărtează și distanțează astfel de medicina alopată („eroică”), începând să combine rețetele de medicamente cu doze nu mai puțin importante de whisky și își întorc atenția spre alte practici. Lua în felul acesta naștere școala „eclecticilor”, care recomanda dozajele reduse, precum și utilizarea plantelor și a hidroterapiei.[14]

Așadar, respingerea abordării alopate bazate pe „poțiunile eroice” – care s-au dovedit adesea a fi mai periculoase decât boala însăși – a determinat pe piața medicală (liberă) creșterea popularității femeilor vindecătoare, dar în același timp a contribuit și la succesul abordărilor alternative, eclectice, între care homeopatia avea curând să ocupe o poziție proeminentă. Este de arătat că metoda homeopatică ajunge în America odată cu instalarea la New York a medicului danez Hans Gram, în anul 1826. La început, colegii lui s-au arătat sceptici: ca și în Europa acelui timp, noua teorie se lovea de spiritul logic al alopaților, fiindcă ea interpreta diferit tot ceea ce se învăța în timpul studiilor.

Dar, „…credibilitatea unei metode medicale se bazează pe capacitatea sa de a vindeca și nu pe dictatele cercurilor universitare”.[15] Iar medicul Gram, chemat în câteva situații delicate, obține vindecări spectaculoase sau ameliorări nesperate, asociind adesea diete cu tratamentul homeopatic, ambele practici funcționând după același principiu: *vis medicatrix naturae* (puterea vindecătoare a naturii). Practica homeopată atrage astfel adepți sau, mai

op.cit., p. 21.

14 Thierry de Lestrade, *op.cit.*, p.21.

15 Thierry de Lestrade, *ibidem*.

bine spus, realizează convertiri: aceasta întrucât toți homeopații acelor vremi erau, înainte de toate, alopați care trecuseră de la un sistem la altul, considerându-l pe cel nou mai eficace. „Convertiții" cunoșteau astfel, se poate spune, cele două metode de îngrijire medicală, și prin aceasta se deosebeau sensibil de alopații „puriști", convinși, care nu înțelegeau pur și simplu homeopatia pentru că nu o studiaseră și nici nu o practicaseră vreodată.

Pe fondul acestei tendințe pronunțate de afirmare a noii practici, în anul 1844 ia ființă, la New York, American Institute of Homeopathy, care este prima asociație de medici din Statele Unite. Asta după ce anterior, în 1836, luase naștere în Pennsylvania o școală de medicină homeopată. În orice caz, se poate spune că adevăratul succes al homeopatiei a fost adus de valurile succesive de epidemii, care încercau din greu populația americană din acel timp.

De exemplu, în 1854, la Mississippi State Hospital din Natchez, „controlul" este preluat de homeopați, administratorii spitalului justificând această „convertire" prin excelentele rezultate ale noii școli împotriva pandemiei de febră galbenă (mortalitate de 55% în 1853, apoi de 7,6% în 1854, după trecerea la homeopatie).[16]

Însă, artizanul principal al acestui tur de forță s-a dovedit a fi doctorul William H. Holcombe, care făcuse trecerea la practicarea homeopatiei încă din timpul epidemiei de

16 John S. Haller Jr., *The History of American Homeopathy. The Academic Years 1820-1935*, în Healthcare, New York, 2005, p.103, apud Thierry de Lestrade, *op.cit.*, p. 27.

holeră din 1849, exasperat fiind de ineficacitatea tratamentului alopat „eroic", pe care-l caracteriza succint ca fiind un „anunț de deces". Este perioada în care, prin practica homeopată, se impun două reguli principale de tratament: nelezarea organismului și activarea forțelor sale vitale, reguli care, pe scurt, înseamnă doze slabe și repetate ale principiilor active diluate (omag, mătrăgună, ipecacuana, Lachesis). Altfel spus, metode blânde în detrimentul abuzului de tratamente „eroice" (în cuvintele lui Holcombe: „Abuzul de mercur la medicii alopați nu este altceva decât orbire dăunătoare și prostie").

În felul acesta, noua școală ajunge să fie larg acceptată în rândul populației, dar și al elitelor de afaceri, al lumii culturale și clerului. Chiar și soțiile unor medici alopați iau decizia de a trece „de partea cealaltă", fapt pentru care situația devenise extrem de apăsătoare și supărătoare pentru aceștia din urmă, din moment ce homeopatia ajunsese să atragă membri ai vechii școli de alopatie „eroică".

II. Perioada de mijloc: instituirea graduală a monopolului

Faza I – contraofensiva alopaților

În fața unor astfel de progrese ale concurenței (homeopate, în special), medicii alopați reacționează. În 1846, la New York, un grup restrâns de 29 medici alopați organizează o întâlnire consultativă, cu scopul de a discuta despre necesitatea constituirii unui monopol asupra serviciilor de asistență medicală în SUA, exercitat de către doctorii ce

practică o medicină „științifică”, de calitate superioară, de genul celei pe care considerau că o practică ei înșiși. Inițiativa este concretizată un an mai târziu (1847), odată cu constituirea oficială a American Medical Association (AMA), formal și declarativ justificată prin două idei:

– prima, toți medicii practicanți trebuie să aibă o educație corespunzătoare;

– a doua, trebuie adoptat, de către toate unitățile de învățământ cu profil medical, un standard uniform de cerințe pentru licențierea în profesiune. Și aceasta în ideea că, pe de o parte, existau la timpul respectiv prea multe categorii de doctori, practicând prea multe forme discutabile de medicină și, pe de altă parte, considerându-se că numai doctorii ce se conformau domeniului și standardului lor de practică medicală (medicina alopată, „științifică”) ar trebui să aibă dreptul de a profesa.[17]

Deceniile ce au urmat au arătat că scopul real al apariției AMA a fost altul, și anume: instituirea unui monopol în domeniul serviciilor medicale, menit să asigure creșterea (artificială) semnificativă a veniturilor medicilor alopați.

Motivele de profunzime ale instituirii monopolului alopat au fost două:

Primul motiv: creșterea puternică a concurenței exercitate de medicii homeopați, concurență ce afectase deja în mod serios veniturile alopaților (Cu un an înaintea creării AMA, revista New York Journal of Medicine scria despre „marile pierderi pecuniare” provocate alopaților de concurența

17 Dale Steinreich: *100 Years of Medical Robbery*, în Mises Daily din 10.06.2004, pp.1-2 (http://mises.org/daily/1547 – accesat 22.02.2013).

exercitată de homeopați. În același număr al revistei, decanul școlii de medicină a Universității din Michigan se pronunța împotriva competiției de pe piața medicală a muncii, care transformase practicarea medicinii într-o activitate „ostenitoare și ne-remunerativă");

Al doilea motiv: salvarea reputației publice a alopaților, grav afectată de numeroasele cazuri de pacienți omorâți în urma unor practici precum flebotomia sau injectarea cu mercur (Opinia formulată de Massachusetts Medical Society în 1848 este elocventă pentru aspirația alopaților la un statut social rezervat îndeobște vedetelor din lumea artei și a sportului: „...medicii ar trebui priviți de către masa de oameni cu o venerație aproape superstițioasă").[18]

Pentru atingerea acestor două obiective, AMA a adoptat, încă de la înființarea sa, o dublă strategie pe termen lung:

– mai întâi, limitarea exercitării profesiunii de către cei care concurau activitatea medicilor alopați (homeopații, osteopații, chiropracticienii, farmaciștii, moașele, surorile medicale). Ținta era clară: impunerea monopolului alopat;

– apoi, restricționarea severă a accesului la sistemul educațional medical prin limitarea semnificativă a numărului instituțiilor de învățământ medical acreditate (urmărindu-se în acest fel obținerea unei reduceri masive a numărului elevilor și studenților admiși anual în cadrul școlilor medicale acreditate). Și aici, ținta era clară: restricționarea ofertei de servicii medicale pentru creșterea forțată, pe cale de consecință, a cererii și obținerea, în felul

18 Dale Steinreich, *op.cit.*, p.2.

acesta, a ridicării (artificiale a) nivelului tarifelor pentru serviciile medicale.[19]

Faza a II-a – consolidarea instituțională a AMA

Este faza ce acoperă primele două decenii de după constituirea American Medical Association în 1847. Angajându-se într-o luptă acerbă împotriva oricărei forme de medicină „empirică", alopații vedeau așadar în asociația lor modalitatea de eliminare a concurenței de pe piața serviciilor medicale. Deși, așa cum am arătat anterior, formal declaraseră că scopul lor era acela de „a îmbunătăți pregătirea medicilor", se poate spune că alopații porniseră, în fond, un război în toată regula pentru instituirea monopolului lor, război ce va dura mai mult de o jumătate de secol.

Mai întâi, au trecut la excluderea oricărei colaborări științifice a homeopaților în revistele medicale pe care alopații le controlau și, totodată, la interzicerea membrilor AMA de a da consultații în echipă cu homeopații (așa cum se întâmplase, nu arareori, până atunci). Apoi, alopații au purces la condamnarea și excluderea medicilor homeopați din acele societăți medicale (locale) în care puteau impune o astfel de conduită. Iar într-un plan mai larg, au trecut și la denigrarea profesională a concurenței, numindu-i șarlatani pe toți cei care nu adoptau un „demers științific". De reținut, deci, că anatema nu fusese aruncată doar asupra homeopaților: toți cei ce nu făceau parte din curentul alopat-științific erau condamnați.

19 Dale Steinreich, *ibidem*.

În felul acesta, se poate vorbi despre un veritabil complot-prin-forțe-proprii pe care conducerea AMA l-a pus la cale împotriva concurenței ce se exercita în mod liber pe piața medicală americană din timpul acela (și în mod special împotriva homeopaților), urmărind astfel să asigure membrilor organizației monopolul profesiei și, prin acesta, avantajele financiare aferente.

Cu toate acestea, în primă instanță, complotul-prin-forțe-proprii a eșuat: de-a lungul următoarelor două decenii, influența asociației a fost una modestă în ceea ce privește numărul adepților, iar tentativa de a-și consolida dominația (economică) asupra profesiei nu a dat roade. Astfel că AMA a continuat să rămână o simplă asociație medicală privată, ca multe altele în perioada aceea în Statele Unite.

Fapt este că, în ciuda eforturilor depuse, asociația nu a reușit: (i) nici să „gripeze" mecanismele de funcționare ale pieței libere americane a serviciilor medicale prin instituirea doritului monopol alopat, dar (ii) nici să înfrâneze popularitatea medicinei naturiste (homeopate, în particular).

Legat de primul eșec, este de arătat că, la timpul respectiv, pe piața americană pregătirea medicilor a continuat să se realizeze într-un regim spontan, liber, ea fiind asigurată de școlile private, care funcționau după regulile profitului: cu ajutorul colegilor de breaslă, orice practician putea să-și înființeze propria școală. De altfel, în a doua jumătate a secolului se înregistrează o creștere explozivă a numărului școlilor de medicină: în perioada 1840-1875 au fost înființate 47, în absența oricărui control sau reglementări

restrictive în acest sens, „soarta" școlilor depinzând exclusiv de competitivitatea lor pe piață.[20]

Cât privește cel de-al doilea eșec (respectiv, tentativa de frânare a popularității medicinei și a medicilor homeopați), ideea promovată oficial de AMA, în mod asiduu și agresiv, aceea că urmărea perfecționarea pregătirii medicale (în realitate, așa cum am arătat deja, cu scopul de a-și regăsi încrederea publicului și de a diferenția „medicina științifică" de cei pe care-i acuza de șarlatanism – homeopați, osteopați, chiropracticieni ș.a.), nu a găsit ecou în rândul populației care, se poate spune, a sesizat subterfugiul. De altfel, referindu-se la acea perioadă, sociologul Everett Hughes avea să menționeze un secol mai târziu: „«Șarlatanii» sunt practicieni ce plac pacienților, și nu colegilor lor".[21]

De altfel, întrucât tratamentul homeopatic impunea o temeinică cunoaștere a Organon-ului lui Hahnemann, medicii homeopați beneficiau de o bună pregătire în școlile specializate. Ceea ce explică credibilitatea ridicată de care se bucurau în rândurile pacienților. Astfel că, în ciuda atacurilor întreținute împotriva lor în toată această perioadă de colegii alopați, a excluderii lor dintr-o serie de societăți medicale, a scindării școlii lor în două ramuri, medicii homeopați au continuat să prospere pe piață, elocvent în acest sens fiind faptul că până târziu, pe la

20 Thierry de Lestrade (2014), *Postul negru. O nouă terapie*, Editura Philobia, Colecția Sănătatea, pp. 48-49.

21 Paul Starr (1982), „*The Social Transformation of American Medicine*", New York, Basic Books, pp. 47-58, apud Thierry de Lestrade, *op.cit.*, p. 29.

1900, existau încă în țară peste 10.000 de homeopați, adică cca. 10% din medicii practicanți.[22]

Pe de altă parte, declinul de la mijlocul secolului al XIX-lea îi face pe medicii „ortodocși" (alopați) să devină și mai conștienți de slăbiciunile lor. Își pun tot mai acut întrebări legate de practicile utilizate, ei, cei care foloseau otrăvuri, în timp ce empiriștii ofereau remedii cu efecte secundare mult mai puțin violente. Ca atare, se asistă la o evoluție am putea spune paradoxală: ceea ce avea să favorizeze în anii următori (spre sfârșitul secolului) relativa recăpătare a încrederii publicului în alopați nu a fost clamata (de către AMA) perfecționare a pregătirii lor, ci schimbarea de către o bună parte dintre aceștia a tratamentelor folosite (sub presiunea concurențială a succesului de piață al practicilor „neortodoxe", mai ales homeopate). Puternic influențați de complexitatea homeopatiei, o bună parte dintre medicii alopați încep să ia tot mai puțin sânge, să reducă dozele „eroice", să folosească plante medicinale. Pentru a-și păstra pacienții, unii dintre ei nu ezită chiar să-și procure și truse cu medicamnte homeopate. Mark Twain – care, între altele fie spus, nu lua medicamente și postea regulat – scria în 1890: „Introducerea homeopatiei a forțat școala tradițională (alopată, n.n.) să evolueze și să adauge un pic de raționalitate în activitatea sa".[23]

Pasul 1 spre instituirea monopolului

Așadar, complotul-prin-forțe-proprii pus la cale de AMA, adică din interiorul mecanismelor de funcționare ale pieței

22 Thierry de Lestrade, *op.cit.*, p. 49

23 Mark Twain (1890), *„A majestic literary fossil"*, în Harpers Magazine, februarie, apud Thierry de Lestrade, *op.cit.*, p. 29).

libere, eșuează: atâta timp cât ea nu este distorsionată de intruziunea unor factori perturbatori induși „din exterior" (cum este prin excelență intervenția guvernamentală), piața își dovedește capacitatea genuină de a-și prezerva buna funcționare, chiar și în condițiile apariției unor perturbații activate „din interior" de către unii dintre participanții pe piață (în cazul nostru, medicii alopați).

Spre debutul anilor '70 ai secolului al XIX-lea, liderii AMA dau însă semne clare că învățaseră „lecția" primită: pentru a fi eficient, „complotul" trebuia să beneficieze de sprijinul intervenției coercitive a statului, ca singură cale prin care putea fi realizat și impus monopolul (alopat). În acest sens, printr-un lobby politic asiduu, AMA obține primul succes important pe această linie: dobândește, pe la sfârșitul anilor '60, dreptul exclusiv al medicilor alopați de a ocupa poziții în structurile guvernului federal (în ideea promovării mai eficiente a cauzei alopate din interiorul acestora).

Pasul 2 spre instituirea monopolului

Succesul firesc următor al punerii în lucru a acestei informale „simbioze operaționale" constituite între medicii alopați și membrii ai structurilor guvernamentale l-a reprezentat, pe la 1870, înființarea de către AMA a Consiliilor Medicale de stat în fiecare dintre statele federației. Aceste consilii reprezentau „aripa executorie" a AMA, înarmată și întărită prin forța coercitivă a reglementărilor federale și având un dublu scop:

– pe de o parte, instituționalizarea faptului că numai doctorii (alopați) au cunoștințele medicale suficiente care îi

recomandă pentru a fi capabili să determine competența profesională a medicilor;

– pe de altă parte, instituționalizarea faptului că AMA, prin aceste Consilii Medicale de stat, era instanța calificată să judece cazurile medicilor acuzați de practică necompetentă, evitându-se astfel umilirea profesiunii de medic prin procese juridice publice[24].

Pasul 3 spre instituirea monopolului

Izbânda următoare pe calea constituirii monopolului a reprezentat-o crearea Agenției de stat pentru protecția consumatorului, al cărui personal era numit de către AMA. În felul acesta, o agenție de stat formată din membrii AMA a ajuns să examineze cererile celor care doreau să practice medicina și să-i licențieze numai pe aceia care erau, în opinia membrilor AMA, competenți profesional și îndreptățiți moral.

Pasul 4 spre instituirea monopolului

Pe cale de consecință, componenta următoare în crearea efectivă a monopolului alopat a constat în adoptarea, în fiecare dintre statele federației americane, a Medical Practice Act, prin care s-a creat o rețea federală de Consilii de stat ale examinatorilor-licențiatori medicali, înzestrate cu veritabile puteri polițienești în aplicarea deciziilor lor.

În felul acesta, se poate spune că în anii ’70 ai secolului al XIX-lea s-au pus bazele instituționale – prin implicarea complice a structurilor guvernamentale de la nivelul federal

24 Henry Jones (2005), *How Medical Boards Nationalized Health Care*, Mises Daily, February 25, p.3.

– ale viitorului monopol alopat asupra pieței americane a serviciilor medicale. Iar pilonul principal al acestei construcții l-au reprezentat în timpul acela Consiliile medicale de stat. Ele aveau o dublă sferă de operare, anume licențierea și sancționarea:

– în examinarea și licențierea medicilor, efortul Consiliilor era canalizat spre menținerea „purității rasei", adică spre favorizarea medicilor alopați (adepții medicinei „științifice") în detrimentul celorlalte practici medicale (medicina empirică, reprezentată în primul rând de medicii homeopați și osteopați). Așadar, practic, încă de pe atunci Consiliile medicale de stat s-au prefigurat a fi autentice cluburi exclusive ale alopaților;

– în domeniul sancționării, orice doctor care se angaja în activități considerate ca potențial dăunătoare profesiei urma să dea seama în fața instanței reprezentate de Consiliul de care aparținea. În felul acesta, medicii pedofili, agresorii sexuali, dependenții și consumatorii de droguri, doctorii psihopați, precum și medicii care periclitau în mod flagrant sănătatea pacienților lor prin tratamentele prescrise, toți aceștia erau aduși în fața Consiliilor de care aparțineau[25]. Practica generală era aceea că, în situația în care cazul în discuție nu atrăsese atenția presei și el putea fi rezolvat discret de către Consiliu, doctorul incriminat se alegea doar cu suspendarea temporară a licenței de practică medicală, el putând fi totodată plasat într-un program de reabilitare. Astfel încât, în timp, incriminatul se putea reîntoarce discret la practica medicală. Sunt, toate acestea, dovezile incipiente ale faptului că *monopolul*

25 Henry Jones, *op.cit.*, p.4.

medical etatisto-alopat avea să se manifeste ca o organizație fraternală (o frăție), menită să-și protejeze membrii[26].

Faza a III-a – constituirea alianței dintre comunitatea medicilor alopați și industria farmaceutică

În ultimele decenii ale secolului al XIX-lea, industria farmaceutică intra într-o fază de puternică ascensiune:

– mai întâi în Europa, unde industriașii produceau medicamente datorită metodelor puse la punct în laboratoare de către pionierii „teoriei microbiene", teorie ce putea oferi în acel timp o explicație științifică pentru răspândirea bolilor (Louis Pasteur 1822-1895; Robert Koch 1843-1910). În Germania, de exmeplu, laboratoarele Bayer tocmai lansau Aspirina – care este și în prezent cel mai vândut medicament din lume;

– mai apoi în America, unde laboratoarele Parke-Davis, Squibbs și Stearn puneau bazele viitoarelor imperii farmaceutice, urmate îndeaprope de laboratoarele Lilly, Merck și Abbott – nume ce ne sunt familiare și acum, peste un secol și jumtate, ele aflându-se încă în topul celor mai profitabile corporații cu profil medicalo-farmaceutic[27].

Pentru a ajunge însă la adevăratul lor public consummator (medicii), fimele farmaceutice aveau nevoie de un intermediar, și acesta s-a dovedit a fi mass-media tipărită (revistele de profil).

26 Henry Jones, *ibidem*.

27 Thierry de Lestrade (2014), *Postul negru. O nouă terapie*, Editura Philobia, Colecția Sănătatea, p.51.

Este perioada în care numeroase laboratoare își înființează propriile reviste profesionale, acestea având misiunea de a lăuda în „articole științifice" virtuțile diverselor noi remedii. De exmplu, laboratorul Parke-Davis (cel mai puternic pe piața SUA în acel timp) înființase numai puțin de trei reviste proprii (The American Lancet/1877; The Therapeutic Gazette/1880; The Medical Age/1883).

Semnificativ însă este faptul că, la sfârșitul secolului, din cele aprope 250 de reviste medicale din Statele Unite, numai una singură putea exista datorită contribuțiilor abonaților săi; toate celelalte erau acaparate (prin finanțarea publicității, mai ales) de industria farmaceutică. Și se poate aprecia că la această *răscruce a intereselor comune* s-a consfințit *alianța* dintre comunitatea medicilor (alopați, ce profesau medicina „științifică") și industria farmaceutică

În acest contex, AMA înființează în anul 1883 propria sa revistă profesională, Journal of American Medical Association (JAMA). Aflată sub conducerea editorială a încă obscurului medic George H.Simmons, JAMA intră în joc și se afirmă însă cu rapiditate ca veritabilă punte (obligatorie) de contact între interesele industriei farmaceutice și cele ale comunității medicilor alopați[28]. Cum de s-a reușit oare acest lucru ?

Începând din 1899, Simmons este ales și secretar general al AMA și are inițiativa creării – și în calitatea sa de director al JAMA – a ceea ce a numit „brevetul de validitate" (The Seal of Approval). Intenția lui Simmons a fost aceea de

28 Thierry de Lestrade, *op.cit.*, p.52.

a-l impune oricărui nou medicament lansat pe piață, lucru pe care a reușit să-l formalizeze prin crearea, în 1905, a Consiliului de Farmacie al AMA (Council on Pharmacy and Chemistry), căruia i-a și devenit, de altfel, președinte. Evident, „brevetul" nu putea avea nici un fel de valoare coercitivă, un medicament putând fi vândut în continuare și fără brevet. Faptele însă au arătat că în timpul respectiv nu au fost medici sau farmaciști care să riște să prescrie sau să elibereze un remediu „neaprobat" de Consiliul de Farmacie al AMA.

Procedura de acordare a brevetului vorbește de la sine despre adevărata natură a manevrei lui Simmons:

– companiile farmaceutie furnizau un simplu dosar;

– iar cele ce acceptau să cumpere pagini de publicitate în JAMA își obțineau brevetul;

– în timp ce acelea care nu plăteau, nu obțineau „avizul favorabil" din partea Consiliului de Farmacie al AMA.

Era, deci, un veritabil șantaj, un abuz de putere. Elocvent în acest sens sunt cuvintele doctorului Emanuel Josephson, care avea să scrie peste ani (în 1941):

> Metodele folosite de Simmons și echipa sa pentru a obține monopolul publicațiilor medicale și publicității erau adesea brutale și ilegale. AMA a amenințat direct companiile care își plăteau publicitate în alte reviste cu retragerea «validării» produselor lor[29].

29 Emanuel Mann Josephson (1941), *Merchants in Medicine*, New York, Editura Chedney Press.

Și autorul citat vorbea mai departe despre practicile lui Simmons ca despre „*o mașinărie împotriva libertății comerțului, de extorsiune*". JAMA devine astfel o adevărată rentă pentru AMA: veniturile din publicitate cresc de aproape 5 ori în 10 ani, de la 33.700 dolari în 1899 la 150.000 în 1909[30].

Pasul 5 spre instituirea monopolului

Operaționalizarea alianței liderilor AMA cu grupurile de interese din industria farmaceutică avea să se dovedească a fi unul din pașii decisivi pe care i-a făcut AMA spre instituirea monopolului alopat pe piața americană a serviciilor medicale. El a fost urmat de o nouă consolidare instituțională a organizației, prin reformarea statutului său. În anul 1901, George Simmons, ca lider al AMA, reușește să impună adoptarea unei reforme a statutului organizației, care:

– să-i confere acesteia o scală de operare mai cuprinzătoare, la nivel cu adevărat național;

– să concentreze puterea decizională a organizației în mâinile unui birou restrâns, condus de el însuși [ca un comentariu colateral, să observăm cum efortul de monopolizare a pieței (sfera exogenă organizației aspirante la statutul de monopolist) cere cu necesitate, pare-se, monopolizarea puterii în sfera endogenă (în interiorul organizației în cauză]

30 Barbara Griggs (1981), *Green Pharmacy ? The History and Evolution of Western Herbal Medicine*, Rochester, Editura Healing Arts Press, p.238.

Tot în această perioadă, și ca un aspect complementar al consolidării instituționale a AMA despre care vorbeam mai sus, are loc și o creștere explozivă a numărului membrilor AMA. Astfel, în 1906, tot la inițiativa lui G.Simmons, este publicat un anuar al tuturor medicilor din țară, care devine repede un „catalog" al practicienilor „autorizați". Numărul adeziunilor explodează: 50.000 în 1906, AMA devenind astfel o veritabilă forță organizată.

Pasul 6 spre instituirea monopolului

După cum am văzut de-a lungul pașilor anteriori, strategia AMA de instituire a propriului monopol pe piața serviciilor medicale a vizat, pe de o parte, limitarea exercitării profesiunii de către cei care concurau activitatea medicilor alopați (homeopații, osteopații, chiropracticienii) și, pe de altă parte, restricționarea severă a accesului la sistemul educațional medical prin limitarea semnificativă a numărului instituțiilor de învățământ medical acreditate (obținându-se astfel reducerea masivă a numărului elevilor și studenților admiși anual în cadrul școlilor medicale acreditate). S-a mizat pe faptul că restricționarea ofertei de servicii medicale rezultate din aceste măsuri va conduce în timp la diminuarea ofertei și creșterea, pe cale de consecință, a cererii și obținerea, în felul acesta, a ridicării nivelului tarifelor pentru serviciile medicale.

Ei bine, înființarea în 1904, de către AMA, a Consiliului pentru Educație Medicală a avut în vedere exact acest al doilea obiectiv. Concret, scopul a fost desființarea a peste jumătate dintre unitățile de învățământ medical existente la acea dată. În numai 6 ani, până în 1910 – anul

publicării Raportului Flexner ale cărui principii și prevederi privind reglementarea învățământului medical au fost ulterior aplicate de către structurile puse deja în mișcare de AMA – s-a reușit închiderea a 35 de școli medicale. Procesul va continua cu o și mai mare intensitate – așa după cum vom arăta puțin mai târziu – după publicarea raportului Flexner în 1910.[31]

Faza a IV-a: pactul secret dintre AMA și capitalul industrial

La începutul secolului al XX-lea, condițiile de viață ale medicilor alopați (americani) cunoșteau un regres destul de pronunțat, elocvent fiind în acest sens nivelul modest al veniturilor lor anuale (doar 750 USD). Competiția pe piață era încă puternică și ducea, firesc, la scăderea tarifelor de consultații. Într-un fel, situația de acum nu era semnificativ diferită față de cea de la mijlocul secolului al XIX-lea când, din punctul de vedere al alopaților: corpul medical era prea numeros; exista încă un număr excesiv de mare de școli medicale; se manifesta o concurență „neloială" a „șarlatanilor" (cei ce nu profesau „medicina științifică": homeopații și eclecticii).

Pe la 1890, medicul alopat Horatio Wood scria că profesia medicală nu va putea fi protejată cât timp homeopații nu vor fi „eliminați" (numea „homeopați" pe toți cei care profesau „altfel").[32] În epocă, acuzația era repetată în mod

31 Dale Steinreich: *100 Years of Medical Robbery*, în Mises Daily din 10.06.2004, p.2 (http://mises.org/daily/1547 – accesat 22.02.2013).

32 Horatio Wood (1889), *The Medical Profession, the Medical Sects, the Law. The Address in Medicine*, New Haven, Yale University Press, p. 7, apud Thierry de Lestrade (2014), „Postul negru. O nouă terapie",

regulat, dar fără mare ecou și rezultate, din moment ce influența și forța „homeopaților" nu se diminuau (iar când acest lucru se întâmpla, era doar din cauza propriilor lor neînțelegeri).

Este contextul în care liderii AMA (în mod particular G. Simmons) înțeleg că cea mai bună strategie de luptă este … eliminarea fără violență a adversarilor:

– prin contrast cu politica de excluderi dusă în cei cca. 60 de ani anteriori, se propune acum ca homeopații și toți „neortodocșii" să fie primiți (reprimiți) în societățile medicale „științifice";

– pentru a fi acceptați era suficient să declare că nu aparțin vreunei „secte medicale", că reziliază apartenența lor la acele societăți și că nu mai participă la lucrările sau revistele aferente, adică un fel de renegare;

– presiunea era puternică, fără doar și poate, și mulți homeopați „trec pragul", sperând că în felul acesta vor putea să-și păstreze singularitatea / specificitatea profesională.[33]

Elocvent este că în 1903 președintele de la acea dată al AMA, Charles McCormack, recunoaște manevra, declarând fără ocolișuri: „Trebuie să admitem că nu am combătut homeopații din cauza principiilor, ci pentru că au ajuns în comunitatea noastră și ne-au luat clientela".[34]

Editura Philobia, Colecția Sănătatea, p. 56.

33 Thierry de Lestrade, *op.cit.*, p. 57.

34 Citatul este din Journal of the Amrican Institute of Homeophaty, vol. 4, 1911, p. 1363, apud Lestrade, *op.cit.*, p. 57.

Războiul purtat de alopați cu restul pieței serviciilor medicale (ceea ce putem numi „asasinatul instituțional" pus de ei la cale împotriva acestei piețe) era deci unul de natură preponderent economică (și nu principial-profesională), și se observă deja că el se desfășura într-un dublu registru:

– cel „pașnic", fără „violență", bazat pe inteligență și vicleșug, prin capcane întinse concurenței;

– cel cu „agresiune instituțională", bazat pe simbioza cu statul (apelând la influența și relațiile politice), precum și pe încercarea de „lichidare fizică" a preopinenților. În speță, punând la cale sfârșitul lor, împiedicându-i „să se înmulțească", atacând frontal însuși sistemul lor de învățământ și educație profesională (adică, școlile homeopate).

Fapt este că tentativele încercate în acest sens până la acel moment nu reușiseră, după cum am văzut, AMA nereușind să obțină închiderea acestor instituții (școlile homeopate). Council on Medical Education al AMA (creat, să ne reamintim, în 1904) a întocmit liste și a efectuat diferite clasări ale acestor școli, dar în van, întrucât proprietarii lor au opus o rezistență puternică și eficientă.

Așadar, în afara structurilor birocrației statale, AMA avea nevoie de un aliat nou. Iar circumstanțele momentului l-au identificat: capitalul industrial (puterea de finanțare a marilor industriași ai vremii). Să vedem mai exact despre ce este vorba.

În anii '80 ai secolului al XIX-lea tensiunile din societatea americană se acutizau, mai ales sub presiunea mișcărilor

sindicale și a protestelor muncitorești în fața înăspririi condițiilor de viață și accentuării inegalităților sociale. Sunt circumstanțe în care nu puțini dintre bogații milionari ai acelor ani – reprezentanții noii elite de capitaliști – înființează un număr de fundații caritabile / filantropice, ca modalitate de a veni în sprijinul celor în nevoi. Totuși, s-a vădit în timp că scopul urmărit nu viza atât îmbunătățirea condițiilor de viață ale angajaților și lucrătorilor, cât mai ales formarea și direcționarea instituțiilor sociale în concordanță cu interesele lor.

De fapt, opțiunea strategică în acest domeniu pentru care au optat membrii noii elite capitaliste a fost *folosirea filantropiei ca instrument de transformare a societății.* Domeniul educației a fost în mod firesc vizat cu prioritate dar, sub impactul entuziasmului creat de descoperirile făcute în epocă de Louis Pasteur și Robert Koch, interesul fundațiilor filantropice a fost canalizat într-o bună măsură și spre sectorul medical.

Mai mult, cercetările și descoperirile făcute de Pasteur și Koch au avut menirea de a schimba punctul de vedere al pacientului. Mult timp discreditată și luată în râs, medicina alopată capătă acum o aură științifică (deși impactul asupra practicării zilnice este încă foarte slab):

– sunt înființate institute de cercetări medicale (Institutul Koch la Berlin; Institutul Pasteur la Paris);

– propaganda pro-alopată din ziarele cu popularitate se întețește: sunt prezise viitoare succese al științei medicale (medicinei alopate = medicinei științifice), iar numeroase articole ridiculizează „erorile medicinei populare", pentru a

ridica în slăvi „triumfurile medicinei moderne” ce conduc la declararea „războiului împotriva bolii”.

Lideri ai noii clase de mari industriași și capitaliști (printre care John Rockefeller se profila a fi unul din strategii cei mai influenți), urmărind câștigarea favorurilor publicului, precum și redesenarea / reformarea instituției cheie a serviciilor medicale, întrevăd forța unei noi și puternice pârghii de putere: *revoluționarea medicinei.*

Fundația Rockefeller se implică masiv în proiect. Astfel, este înființat la New York, în anul 1901, Rockefeller Institute for Medical Research: donația inițială a fost de 1 mil. USD, ulterior, nu după mult timp, a fost mărită la 6 mil. USD (o sumă imensă în epocă), iar în 1904 devin deja operaționale laboratoarele de cercetare.

John Rockefeller realizează însă rapid că înființarea institutului de cercetări medicale era doar un prim pas, miza reală fiind mult mai mare: reformarea întregului sistem de educație medicală. Și, pentru a ști spre ce unități școlare anume trebuiau îndreptate donațiile, era necesară stabilirea unor criterii de clasificare a instituțiilor de învățământ medical.

Este punctul în care aspirațiile lui Rockefeller se întâlnesc și se unesc cu obiectivele strategice ale AMA (în particular ale liderului său, G. Simmons): *clasificarea va permite eliminarea tuturor celor incomozi pentru AMA, adică a concurenței pe piața medicală.* În consecință, în 1908 Consiliul pentru Educație Medicală al AMA solicită un raport independent asupra stării pregătirii medicale în țară, raport ce va propune o clasificare a școlilor:

– proiectul este finanțat de Fundația Carnegie, în timp ce Fundația Rockefeller se angajează să finanțeze activitatea unităților de învățământ medical ce se vor clasa în topul listei;

– redactarea studiului este încredințată lui Abraham Flexner, fratele lui Simon Flexner, director al Institutului Rockefeller pentru Cercetare Medicală.

Desigur, fiind vorba despre un studiu independent, oficial legăturile între AMA și Flexner ar fi trebuit să fie inexistente. Realitatea s-a dovedit însă a fi diferită, fapt ce dă mărturie pentru ceea ce a reprezentat în realitate acest proiect: *un complot* organizat în scopul eliminării de pe piață a oricărei concurențe cu care s-ar putea confrunta AMA.

– de-a lungul întregii perioade de elaborare-redactare a raportului, Flexner a fost asistat de doctoral Nathan Colwell, membru AMA;

– angajatorul oficial al lui Flexner, Fundația Carnegie a fost dintr-un bun început în legătură cu chirurgul Arthur Bevan, președinte al Consiliului Formării Medicale al AMA, un apropriat al secretarului general al AMA de atunci, G. Simmons.

Cât se poate de elocvent în acest sens este faptul că, în noiembrie 1909, președintele Fundației Carnegie (Henry Smith Pritchett) îi scria lui Bevan: „Atunci când raportul nostru va apărea, va fi o armă în mâinile voastre". Îngrijorat ca înțelegerea secretă dintre cele două instituții să nu fie dată în vileag – în special înainte de publicare – Smith Prichett îi cere lui Bevan să păstreze secretul: „Este

important să afișăm o poziție ce nu indică legătura dintre eforturile noastre".

În anul 1910 raportul este făcut public (Abrahan Flexner, *Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation fir the Advancement of Teaching*, New York). Preambulul precizează foarte clar: „Țara are nevoie de medici mai puțini, dar mai buni. Și cel mai bun mijloc pentru a avea mai puțini este de a forma mai puțini". Unitățile de învățământ medical sunt clasate în trei categorii: „A" – însemna că nivelul învățământului este acceptabil; „B" – însemna că nivelul trebuie ameliorat (mai ales în privința metodelor științifice, prin crearea laboratoarelor, spre exemplu); „C" – cuprindea lista școlilor al căror nivel nu era considerat acceptabil.

În ceea ce privește criteriile alese pentru încadrarea în categoriile menționate, merită precizate următoarele lucruri:

– criteriile au avantajat clar școlile alopate și, între acestea, pe cele mai bogate (de altfel, școala model avută în vedere a fost Johns Hopkins Medical School, creată în 1893 la Baltimore, cu laboratoare, cursuri de 4 ani, exigențe extrem de severe la admitere, precum și existența unei interacțiuni puternice cu universitatea purtând același nume):

– dintre școlile homeopate, doar 3 se regăseau în categoria „A";

– numărul mic de școli „neortodoxe" incluse în categoria „A" arată cât de mult a fost viciat raportul, el nereflectând nivelul real al educației medicale oferite pe piață [elocvent

în acest sens: chiar un studiu realizat de AMA în 1905 în legătură cu *State examining board* (examen ce era organizat la nivel național pentru toți viitorii medici și care trebuia în mod obligatoriu luat pentru a putea practica), arăta că 12% dintre studenții „alopatici" ratau examenul, în timp ce doar 3% dintre studenții „homeopatici" îl picau].

Consecințele / urmările raportului s-au arătat a fi cât se poate de concrete:

– primit drept o expertiză independentă, concluziile raportului sunt rapid asimilate de *State examining boards*, care hotărăsc să respingă candidaturile absolvenților ce provin de la școlile evaluate negative, ceea ce a practic a condus în relativ scurt timp la dispariția acelor unități de învățământ;

– este exact ceea ce urmărea – așa cum am văzut – dintr-un bun început AMA, respectiv punerea sub control a întregului sistem educațional al medicilor, nu doar alopatic, ci și homeopatic și eclectic, întrucât școlile lor ajunseseră astfel să fie obligate să respecte normele fixate de către AMA, în caz contrar riscând să dispară.

În următorii 4 ani de după publicarea Raportului, numărul școlilor de medicină a scăzut cu o treime,[35] ca urmare a desființării a încă 25 de școli (pentru ca în anul 1935 să mai existe doar 66 de școli de medicină în SUA),[36] în timp ce numărul elevilor și studenților în școlile rămase în funcțiune avea să fie redus cu cca. 50% în intervalul 1904

35 Thierry de Lestrade, *op.cit*., p.66.

36 Vezi Richard Brown (1979), *Rockefeller Medicine Men. Medicine and Capitalism in America*, Berkeley, University of California Press, p. 111.

– 1920 (de la 28.000 absolvenți în 1904 la 13.800 în 1920).[37]

La scară istorică, rezultatul a fost impresionant: de la crearea cu peste un secol în urmă de către AMA a Consiliului, populația Statelor Unite a crescut cu 284% (de la 75 milioane în 1900 la 288 milioane în 2002), în timp ce numărul școlilor medicale a scăzut cu 26% (ajungând în prezent la 123). Școlile „neortodoxe" sunt înlăturate: dacă în 1900 existau 29 de școli homeopate, în 1923 mai rămâneau doar două (la Boston și Philadelphia).

De altfel, în 1932 Arthur Bevan (președintele AMA în anii 1917-1918) scria cu satisfacție: „Am fost, bineînțeles, foarte recunoscători lui Pritchet și Flexner că ne-au permis în 1910 să eliminăm școlile homeopatice și eclectice".[38]

Pasul 7 spre instituirea monopolului

Ultimul pas al configurării monopolului alopat l-a reprezentat crearea Federației Consiliilor Medicale de stat, menită să coordoneze cele 50 de Consilii statale de stat și să servească astfel ca „brațul de legătură" între aceste consilii și AMA însăși.

III. Perioada recentă: punerea în lucru a monopolului

Prin efectele sale, Raportul Flexner avea să influențeze decisiv evoluția medicinei americane de-a lungul întregului secolul al XX-lea, până în zilele noastre. Ele au consfințit faptul că, după aproape trei sferturi de secol de război

37 Dale Steinreich, *100 Years of Medical Robbery*, în Mises Daily din 10.06.2004, p. 2 (http://mises.org/daily/1547, accesat 22.02.2013).

38 Bevan este citat de Richard Brown, *op.cit.*, p. 117.

neostoit cu legile funcționării naturale a pieței, „complotiștii" alopați au reușit instituirea unui *monopol medical etatisto-corporatist* pe piața serviciilor medicale.

(i) Este vorba, în primul rând, despre un *monopol medical***,** instrumentat prin joncțiunea între interesele de grup ale liderilor AMA, Federației Consiliilor Medicale statale și Consiliilor statale ale examinatorilor-licențiatori medicali. În fapt, este o veritabilă organizație fraternală a medicilor alopați, o frăție menită să-și protejeze membrii. Declarându-și oficial ca misiune majoră protecția consumatorului de servicii medicale, frăția a urmărit și urmărește de fapt protejarea elitei medicilor alopați (corpul medical clientelar al AMA, precum și birocrația medicală ce asigură funcționarea structurilor statal-corporatiste asociate AMA) de concurența unei piețe libere (prin preocuparea permanentă pentru distrugerea oricărei forme de competiție), cu scopul de a-și asigura creșterea (artificială) a veniturilor membrilor săi (prin exercitarea neabătută a unui control drastic asupra ofertei de servicii medicale).

(ii) Este vorba, în al doilea rând, despre un *monopol etatist*, întrucât acțiunea monopolului medical alopat a fost făcută posibilă în baza interferării puterii coercitive a statului (exercitată prin birocrația medicală de la nivel federal și statal), interferare prin care monopolului alopat i-a fost conferită legitimitate, dar și eficacitate.

Oricum, se poate vorbi despre existența unei simbioze etatist-medicale între căutătorii de rente ce pot fi obținute din administrarea monopolului medical. Astfel, faptul că majoritatea membrilor Consiliilor Medicale statale erau

numiți de către guvernatorul statului respectiv, a făcut ca structurile implicate – direct sau indirect – în operarea monopolului (asociațiile medicale statale și locale; societățile medicale de specialitate; unele mari grupuri private de medici practicieni; societățile de asigurări medicale; lanțurile de farmacii sau farmaciile individuale; marile lanțuri de spitale), să contribuie din plin la campaniile candidaților pentru postul de guvernator și procuror general. În acest fel, s-a ajuns la situația în care guvernatorul ales numește în Consiliile medicale statale pe cei doriți de structurile monopolului medical alopat.[39] Iar „remunerarea" acestei birocrații etatist-medicale este asigurată de cota-parte din rentele economice pe care aceasta le poate extrage din participarea la gestionarea monopolului.

(iii) Și mai este, în fine, vorba despre un *monopol corporatist***,** din moment ce activitatea frăției alopate se întrețese simbiotic cu activitatea comercială a unor entități corporative private ce beneficiază de un regim privilegiat în relațiile cu AMA (anumite firme producătoare de medicamente, anumite rețele farmaceutice, anumite companii de asigurări medicale, anumite lanțuri de spitale).

Faza a V-a: consolidarea monopolului pe partea ofertei

Se poate spune că primele cinci decenii ce au trecut de la instituirea monopolului s-au caracterizat primordial prin

39 Henry Jones, *How Medical Boards Nationalized Health Care*, în Mises Daily din 25.02.2005, p. 7 (http://mises.org/daily/1749 – accesat 20 feb.2013).

eforturile tenace de lobby politic ale frăției alopate vizând *consolidarea monopolului „pe partea ofertei”*, urmărindu-se neabătut *restricționarea ofertei* (prin determinarea adoptării și aplicării unor reglementări și măsuri care să conducă la limitarea numărului medicilor cu drept de practică, a numărului de spitale în funcțiune, a numărului de firme farmaceutice și de asigurări medicale ce operau pe piață), ca principale modalități de asigurare a unei dinamici ascendente a veniturilor propriilor membri.[40]

Momentul 1 (al consolidării)

Imediat după 1910, odată cu instituirea monopolului medicilor alopați (în timpul mandatului președintelui republican William Taft), AMA și-a continuat campania de lobby pe lângă autoritățile statale pentru înăsprirea reglementărilor de licențiere a medicilor (în sensul ținerii sub control și al limitării numărul de noi medici intrați pe piață, ca principal instrument intervenționist de prevenire și neutralizare a concurenței pe piața medicală), precum și pentru acordarea către Consiliile medicale de stat (supervizate tot de AMA) a dreptului de control asupra numărului total de locuri pentru cursanții școlilor medicale, împuternicind în acest sens Consiliile:

40 Explicația economică a acestei corelații este următoarea: întrucât cererea pentru asistența medicală / serviciile medicale este inelastică în funcție de preț, restricționarea numărului de noi medici intrați pe piață ridică prețul asistenței medicale și crește veniturile medicilor practicanți (Dacă o mică modificare în preț este însoțită de o modificare amplă a cantității cerute, atunci vorbim despre un produs cu elasticitate a cererii la preț. Și invers, un produs are o cerere inelastică la preț dacă o modificare amplă a prețului său este însoțită de o mică modificare cererii pentru produsul respectiv).

– să determine numărul școlilor medicale (de exemplu, în baza acestei împuterniciri au fost închise aproape jumătate din numărul școlilor medicale existente în timpul acela, fiind totodată decisă și reducerea mărimii formațiunilor / claselor de studiu);

– să stabilească costurile educației medicale;

– precum și să determine volumul subvențiilor acordate de statele federației acestui sector.

Simultan, bugetele statale asigurau și subvenționarea programelor de pregătire profesională pentru un număr de medici recomandați de AMA.

S-a ajuns în felul acesta ca, protejat de concurență prin reglementările restrictive de licențiere profesională, corpul medical clientelar al AMA să deruleze în zilele noastre cam până în 80% din totalul cheltuielilor pentru asistență socială,[41] dar și 70% din cele angajate de spitale.[42]

Astfel, de-a lungul deceniilor ce au urmat, monopolul medical a ajuns să fie pus în slujba grupului restrâns al elitei medicilor alopați (corpul medical clientelar al AMA + birocrația medicală ce asigură funcționarea structurilor statal-corporatiste asociate AMA + birocrația medicală guvernamentală ce instrumentalizează intervenția coercitivă a statului pe piața medicală):

41 Louis Goodman, Timothy Norbeck, *„Who's To Blame For Our Rising Healthcare Costs?"* în Forbes, 3 aprilie 2013.

42 Ted Norman (2013), *Communities: Plan Design & Financing Strategies. Health Care Spending Starts With Doctor's Pen "* (theihcc.com).

– elita AMA a reușit o performanță neegalată de alte bresle: izolarea cvasi-completă de șomajul recesionist („ciclic") și, până foarte recent, de cel tehnologic („structural");

– restricțiile impuse prin funcționarea monopolului medical asupra ofertei de servicii și competențe medicale și-au arătat în timp efectele discriminatorii: dacă salariile medii anuale pentru medicii obișnuiți (de asistență primară) au ajuns în mod curent la nivelul de 153.000 dolari, cele ale medicilor specialiști (elita corpului medical AMA) au ajuns să atingă un nivel aproape dublu, de 275.000 de dolari.[43]

– medicul obișnuit (de asistență primară) câștigă în schimb puțin și pierde mult din funcționarea acestui sistem:

– el este forțat să depindă de acțiunile și deciziile Consiliilor Medicale statale în ceea ce privește statutul profesional și mijloacele sale de trai;

– pentru a dobândi calitatea de membru al asociațiilor profesionale statale sau locale, un doctor trebuie mai întâi să fie membru al AMA. Pentru a putea profesa ca medic de spital, un doctor trebuie în mod uzual să fie membru al acestor asociații. Angajarea în sfera academică sau guvernamentală este condiționată de calitatea de membru al organizațiilor menționate mai sus. Cea mai mare parte a granturilor pentru cercetare medicală este acordată membrilor AMA ce au referințe favorabile din partea asociației. Rezultatul este implacabil: medicii sunt forțați să devină membri ai acestei organizații profesionale;[44]

43 Dale Steinreich, *100 Years of Medical Robbery*, în Mises Daily din 10.06.2004, p. 5 (http://mises.org/daily/1547 – accesat 22.02.2013).

44 Henry Jones, *op.cit.*, p.5.

– obținerea unei licențe în medicina alopată cere un mare volum de muncă susținută și considerabile cheltuieli / investiții monetare;

– revocarea licenței obținute reprezintă nu numai o pierdere gravă din punctul de vedere al mijloacelor de trai, dar și o devastatoare lovitură dată statutului social și profesional. Puțini medici vor avea un viitor alternativ ulterior unei astfel de revocări;

– în aceste condiții, abilitatea Consiliilor medicale statale de a intimida doctorii și de a-i determina să se supună voinței și deciziilor birocrației medicale a ajuns să fie de notorietate.[45]

Momentul 2 (al consolidării)

Se consumă în 1925: monopolul alopat se extinde *în sfera ofertei de medicamente* (prescrierea rețetelor medicale), după ce guvernul federal condus de președintele republican Calvin Coolidge a început să permită brevetarea medicamentelor. Totodată, această evoluție a fost susținută prin subvențiile guvernamentale în domeniul cercetării-dezvoltării acordate în regim preferențial anumitor companii farmaceutice.

Momentul 3 (al consolidării)

Se produce în cursul anului 1945: monopolul alopat pătrunde și *în sfera asigurărilor medicale*, după ce Administrația Roosevelt a promovat *McCarran-Ferguson Act*, prin care firmele de asigurări medicale erau exceptate de la

45 Henry Jones, *op.cit.*, p.8.

majoritatea reglementărilor federale, inclusiv legile antitrust.

Momentul 4 (al consolidării)

Are loc în anul următor (1946): monopolul alopat ajunge să acopere și *sfera ofertei de servicii spitalicești*, după ce prin *Hospital Survey and Costruction Act* (promulgată în timpul Administrației Truman) s-au acordat subvenții preferențiale (ca pachete de granturi și împrumuturi) anumitor spitale. Totodată, reglementările statale prevedeau exceptarea de la legile antitrust a anumitor spitale non-profit.

Faza a VI-a: consolidarea monopolului pe partea cererii

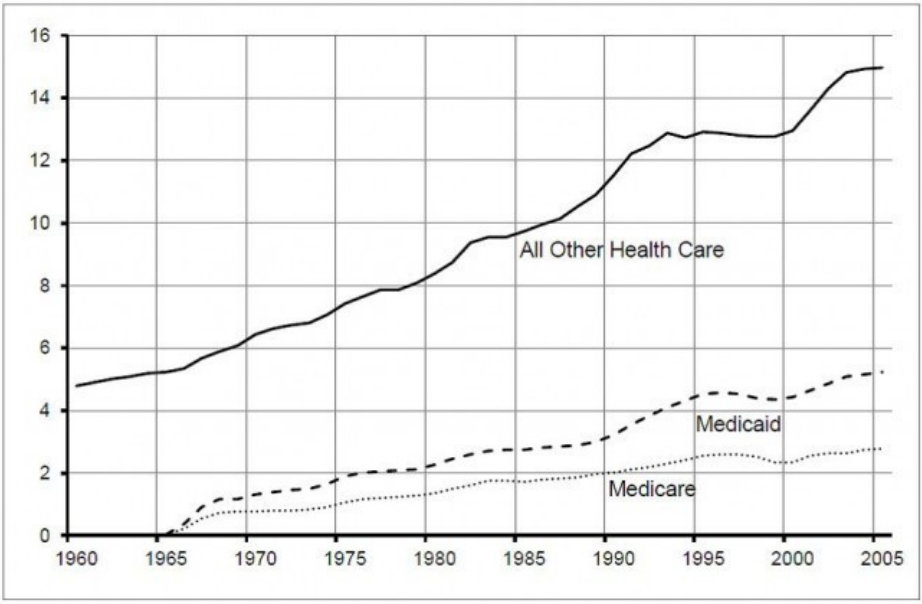
Dacă, așa cum s-a văzut, primele cinci decenii ce au trecut de la instituirea monopolului în 1910 s-au caracterizat prin lobby-ul politic al frăției alopate vizând consolidarea monopolului „pe partea ofertei", urmărindu-se neabătut restricționarea ofertei, în schimb, după jumătatea anilor '60 ai secolului trecut, se observă un interes în creștere al birocrației etatist-medicale *de a consolida monopolul „pe partea cererii"*, prin obținerea *subvenționării cererii* pentru serviciile medicale (predominant prin programe guvernamentale dedicate), ca sursă tot mai generoasă de extragere a rentelor economice. Este un proces ce a parcurs mai multe momente în devenirea sa.

Momentul 1

În anul 1965 are loc o veritabilă acțiune de naționalizare pe piața americană a serviciilor medicale, odată cu adoptarea de către Congresul SUA, în timpul Administrației

Johnson, a programelor de asigurări publice de sănătate Medicare (pentru vârstnici) și Medicaid (pentru săraci). În perioada 1966-1980, Medicare a oferit asigurări de sănătate unui număr de 20 milioane de persoane în vârstă, iar Medicaid unui număr de cca. 12 milioane de persoane cu venituri foarte scăzute.

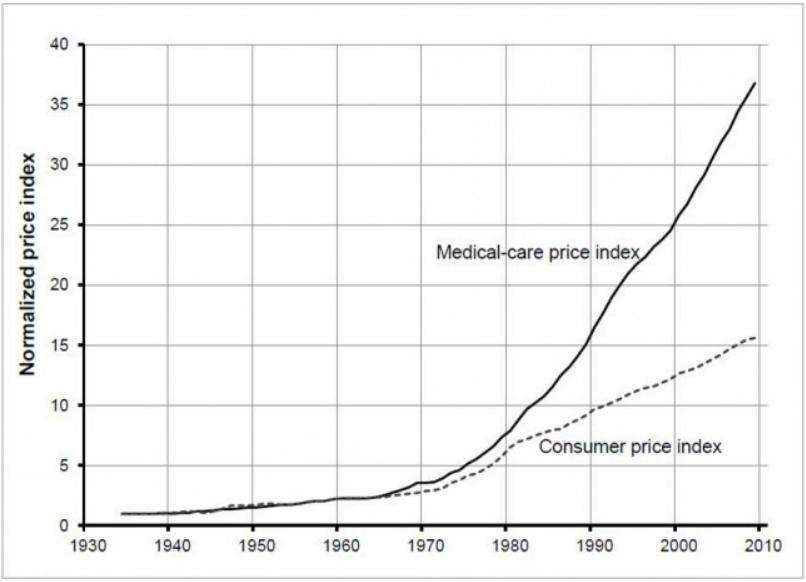
Figura de mai jos ilustrează volumul cheltuielilor în cadrul programelor Medicare și Medicaid comparativ cu totalul cheltuielilor pentru asistență medicală din SUA, începând cu anul 1965 (exprimate ca procente din PIB).



Relevant pentru analiza noastră este faptul că subvenționarea cererii de servicii medicale prin cele două programe lansate în 1965 *s-a realizat în condițiile menținerii neabătute a restricțiilor severe pe partea ofertei* de servicii medicale instituite cu mult timp în urmă.[46] Ceea ce arată, din punctul nostru de vedere, că acum s-a trecut la consolidarea monopolului și pe partea cererii, statul federal fiind titularul acestei componente a monopolului medical etatisto-corporatist.

Acestea sunt condițiile în care prețurile asistenței medicale au reacționat, firesc, violent (de exemplu, printr-o dublare față de indicele prețurilor de consum – vezi figura de mai jos).

46 În acest sens este relevant de precizat că, din 1965 și până în 1972, spre exemplu, numărul medicilor nou licențiați (absolvenți ai instituțiilor de învățământ medical superior din SUA și Canada) a crescut de la 7.455 la 7.815, adică cu numai 360 de medici! Din 1972 și până în 1980, numărul licențiaților aproape că s-a dublat, dar școlile medicale au devenit în aceeași perioadă și mai restrictive în acceptarea de noi cursanți, numărul anual al candidaților eligibili respinși fiind de 20.000 (pentru ca în prezent acest număr să fie de 28.000 de candidați pe an).



Practic, începând cu 1965, prețurile pe piața medicală au explodat pur și simplu, în particular în ceea ce privește onorariile medicilor. Astfel, în perioada 1965-1993, dacă prețurile pe ansamblul asistenței medicale au crescut cu 699%, iar onorariile medicilor cu 675%, în schimb prețurile tuturor bunurilor și serviciilor (măsurate prin indicele prețurilor de consum – IPC) au crescut în aceeași perioadă cu numai 359%. În zilele noastre, prețurile asistenței medicale și onorariile medicilor continuă să crească într-un ritm dublu față de cel al inflației (IPC), iar creșterea prețurilor pentru serviciile spitalicești este chiar mai mare, situându-se în mod curent la un ritm de aproape patru ori

mai mare decât creșterea inflației.[47] În total, cheltuielile cu asistența medicală au crescut de la un nivel de 6% din PIB în 1965 la 18% (cca. 3 trilioane de USD) în prezent.[48]

Explicația economică pentru aceste evoluții nu este greu de întrevăzut:

– pe partea ofertei, atunci când prețul unei mărfi, precum asistența medicală, devine prea ridicat, furnizorii de servicii medicale pierd bani în mod efectiv, întrucât vor rămâne puțini consumatori care să-și poată permite achiziționarea serviciilor lor. Astfel că acești furnizori vor avea și stimulentele și motivele să reducă prețurile la niveluri accesibile consumatorilor. Totuși, programele Medicare și Medicaid elimină o astfel de reacție a pieței întrucât cumpărătorii dispun de banii necesari achiziției de servicii de asistență medicală indiferent de prețul acestora, datorită subvențiilor. Furnizorii realizează situația și măresc prețurile, știind foarte bine că le pot obține;

– pe partea cererii, prețurile cresc într-un sistem subvenționat de asistență medicală deoarece pacienții nu

47 Lipsa concurenței între instituțiile medicale (precum spitalele) și medicii de spital ce controlează (derulează) cea mai mare parte a cheltuielilor spitalelor poate fi o explicație pentru faptul că cheltuielile spitalicești au crescut de două ori mai mult decât au crescut onorariile medicilor.

48 Se cuvine să arătăm, totodată, și ceilalți factori ce au condus la creșterea prețurilor în domeniu după 1965: o populație vârstnică în creștere; venituri personale mai mari; polițele de asigurare medicală privată; oferirea pe piața americană a numeroase noi medicamente; progresele înregistrate în aparatura electronică și mecanică aferentă sectorului medical (vezi Mike Holly, *How Government Regulations Made Healthcare So Expensive*, în Mises Institute, „Austrian Economics, Freedon, and Peace”, 5.09.2017 (https://mises.org/profile/mike-holly).

au nici un stimulent ca să „cântărească” prețurile de achiziție a serviciilor medicale. Într-un astfel de sistem, partea A (furnizorul de servicii) îi spune părții B (clientul) ce ar trebui să cumpere, iar partea C (fie guvernul, fie o firmă de asigurări) plătește. Sistemul privează, așadar, pacienții de stimulentele necesare pentru a opera cu comparații de preț, și aceasta deoarece ei nu plătesc direct (și din banii lor) serviciile pe care partea A le recomandă.

Pe de altă parte, pentru contextul analizei noastre, este relevant și impactul social al creșterii explozive a prețurilor de pe piața medicală pentru acele persoane care nu au fost incluse în cele două programe. Acest impact social s-a agravat de-a lungul întregii perioade de după „naționalizarea” din 1965. Astfel că, la momentul actual, peste 55 de milioane de americani se confruntă în mod curent cu dificultăți serioase pentru achitarea costurilor legate de serviciile de asistență medicală de care beneficiază. Unul din patru americani trăiește în familii împovărate de facturile medicale. Majoritatea dintre ei au reușit de-a lungul timpului să-și achite facturile, dar 16,5% din ei aparțin familiilor cu probleme în plata facturilor pe ultimul an, în timp ce 8,9% nu au reușit de nici un fel să le achite. Datele statistice arată că cca. 15 milioane de cetățeni americani își folosesc economisirile de-o viață pentru acoperirea cheltuielilor legate de sănătate, iar cca. 11 milioane sunt forțați să contracteze credite pentru consum ca să-și achite cheltuielile lunare cu asistența medicală. Drept rezultat, costurile medicale reprezintă cauza pentru 62% din cele două milioane de falimente personale declarate anual în Statele Unite.

Creșterea mai mare a cererii de asistență medicală comparativ cu oferta, declanșată în 1965 prin aplicarea programelor Medicare și Medicaid, a antrenat însă efecte perverse nu numai asupra dinamicii prețurilor, ci și asupra calității actului medical, prin limitarea în sectorul asistenței medicale a acțiunii stimulentelor de control al costurilor, îndeobște aduse de concurența (liberă) pentru clienți. Chiar în situațiile în care medicii erau angajați ai instituțiilor medicale (precum spitalele), numărul lor redus a limitat volumul de asistență ce putea fi acordată per pacient, și astfel a limitat și concurența pentru pacienți între instituții (spitale). Astfel, în condițiile eliminării concurenței, au crescut nu numai onorariile medicilor, dar și prețul fiecărui element constitutiv al asistenței medicale, și aceasta întrucât au fost mai puține stimulente pentru un management eficient al costurilor. Practic, săptămâna de muncă făcută superficial și în grabă, dar în schimb foarte bine plătită, a redus drastic stimulentele pe care le-ar avea un medic pentru gestionarea rațională a costurilor și preocuparea inovatoare pentru îmbunătățirea calității prestațiilor sale profesionale.

Momentul 2

În anul 1972, monopolul în sfera ofertei de servicii spitalicești (instituit – să ne aducem aminte – în 1946 prin *Hospital Survey and Costruction Act* ce a acorda subvenții preferențiale anumitor spitale) este consolidat, după ce Administrația Nixon a întărit restricțiile privind oferta de servicii spitalicești, introducând cerința unui certificat-de-necesitate federal pentru aprobarea construcției de facilități medicale.

Momentul 3

În anul 1974, în timpul aceleiași Administrații Nixon, este întărit monopolul și în sfera cumpărătorului, după ce *Employee Retirement Income Security Act* a exceptat de la aplicarea reglementărilor statale și de la legislația privind procesele (civile) schemele de facilități de sănătate pentru angajați oferite de marii angajatori (spre exemplu, de grupurile de asigurări medicale Health Maintenance Organization – HMOs, ce oferă servicii medicale contra unei taxe anuale fixe).

Momentul 4

În anul 1984, în timpul Administrației Reagan, prin adoptarea *Drug Price Competition and Patent Term Restoration Act*, este întărit și monopolul asupra ofertei de medicamente, a prescrierii rețetelor medicale – prima măsură în acest sens fiind adoptată, să ne reamintim, în 1925 – lege ce a permis extinderea brevetelor și patentelor pentru medicamente pentru perioade de peste 20 de ani. Mai mult, faptele arată că guvernul federal a permis totodată firmelor farmaceutice să acorde stimulente bănești (mită) doctorilor pentru prescrierea medicamentelor mai scumpe.[49] De altfel, se poate spune că, începând cu anii '80 ai secolului trecut, guvernul american și-a folosit puterea monopolistă pe partea cererii – exercitată prin programele Medicare și Medicaid – pentru fixarea efectivă a prețurilor și stabilirea normelor de control al calității în ceea ce privește activitatea corpului medical și a spitalelor.[50]

49 Vezi Mike Holly, *op.cit.*

50 Victoria Stagg-Elliot, *Prices for doctor services lag behind inflation. Economists cite downward pressure on pay rates from Medicare and*

În aceeași idee, este de arătat că guvernele federal și statale au promovat și încurajat concentrarea schemelor de asigurări private de sănătate în monopoluri pe partea cererii, în sfera consumatorului (de exemplu, schemele HMOs despre care am vorbit mai sus), precum și pe partea ofertei, prin fuzionarea clinicilor și spitalelor în structuri concentrate monopoliste, continuând însă – ca o componentă tabu a politicii în domeniu – să fie menținute neatinse restricțiile severe privind numărul de doctori licențiați profesional și de spitale autorizate să funcționeze. Sunt analiști[51] care consideră că aceste parteneriate public-privat, numite și „concurență administrată" (*managed competition*), aduc cu fascismul central-planificat din moment ce guvernul stabilește prețurile (lucru ce în mod predictibil conduce la scăderea calității serviciilor medicale prestate), se trece la raționalizarea consumului și sunt generate și alte „efecte perverse". Mai mult, birocrația medical-statală tinde să îndrepte lucrurile spre standardizarea asistenței medicale (ca opus personalizării pe clientul consumator), spre creșterea costurilor administrative, precum și a salariilor personalului de conducere.

Momentul 5

În anul 2003, în timpul Administrației Bush, are loc o nouă întărire a monopolului asupra prescrierii rețetelor medicale (la 19 ani distanță față de adoptarea precedentei măsuri de acest gen), prin legiferarea *Medicare Prescription*

commercial payers, în American Medical News, 30 aprilie 2012.

51 Precum Sheldon Richman (2013), The Concise Encyclopedia of Economics, Robert Wood Johnson Foundation, apud Mike Holly, *op.cit.*

Drug, Improvement, and Modernization Act, lege ce prevedea acordarea de subvenții la achiziționarea de medicamente de către persoanele în vârstă.

Momentul 6

În luna martie 2010, în timpul Administrației Obama, este adoptată *The Patient Protection and Affordable Care Act* (popular numită și Obamacare) lege care, împreună cu *Health Care and Education Reconciliation Act*, se poate spune că reprezintă cea mai semnificativă extindere a „naționalizării" sistemului de asistență medicală de după adoptarea în 1965 a programelor Medicare și Medicaid.

Obiectivul său principal este reducerea numărului cetățenilor americani ce nu au asigurare de sănătate, și urmărește acest lucru oferind subvenții (de stat) persoanelor cu venituri anuale situate sub 400% din nivelul pragului federal de sărăcie (este vorba despre persoane ce câștigă în jur de 46.000 USD/an), precum și prin oferirea de fonduri bănești federale pentru extinderea programelor statale Medicaid (până în prezent, un total de 29 de state au acceptat primirea fondurilor federale în vederea extinderii programelor lor Medicaid, astfel încât acestea să includă persoane cu venituri anuale de până la 138% din pragul federal de sărăcie – adică venituri de până la 16.400 USD/an).

În aceste condiții este de așteptat ca, în timp, efectele Obamacare să însemne extinderea sistemului de asigurări

medicale cu aproape 22 milioane de persoane, via subvenții, și cu alte 17 milioane, via Medicaid.[52]

De altfel, dimensiunea de „naționalizare extinsă" pe care o are Obamacare este mai evidentă în legătură cu extinderea Medicaid, care alimentează un trend semnificativ în acest sens: acoperirea de asigurare guvernamentală o înlocuiește pe cea privată. Se preconizează ca, la nivelul anului 2021, 46% din totalul cetățenilor americani să fie dependenți de guvern în ceea ce privește asigurarea lor medicală: din acest grup, 86,9 milioane de americani vor fi incluși în Medicaid (Children's Health Insurance Program / CHIP) și 64,3 milioane în Medicare.

Lăsând la o parte constrângerile severe de sustenabilitate cu care se confruntă acest nou val de naționalizare a medicinei americane,[53] adevărata problemă este faptul că cererea suplimentară creată prin extinderea subvenționării este de natură să agraveze tarele moștenite încă din 1965: creșterea neabătută a prețurilor în condițiile inevitabilei degradări a calității actului medical.

---

52 Jason Fodeman, *The New Health Law: Bad for Doctors, Awful for Patients,* Galen Institute, 7 aprilie 2011.

53 La lansarea sa în 2010, se preconiza ca Obamacare să coste 938 miliarde USD până în 2020, să faciliteze unui număr de 23 milioane de cetățeni obținerea de asigurare medicală, precum și să reducă primele de asigurare familială tipică cu 2.500 USD/an. Acum, după peste 7 ani, se anticipează că până în 2020 costurile de implementarea a programului se vor ridica la 1.940 miliarde USD (mai mult decât dublu, practic cu 1 trilion USD peste estimările de la lansare), numărul celor aduși în sistemul de asigurări este de doar 9 milioane, în timp ce primele de asigurare familiale tipice au crescut substanțial.

Nu sunt puține analizele care fac referire directă la această stare de lucruri, la faptul că, pe fond, Obamacare refuză cetățenilor americani dreptul la asigurări medicale accesibile. De exemplu, pentru a da doar un exemplu, corespunzător datelor folosite chiar de către Government Accountability Office,[54] în perioada ce a premers implementării programului, cea mai ieftină asigurare medicală pentru o femeie sănătoasă de 30 de ani dintr-un stat tipic (mediu) american costa 744 USD în prime anuale. Prin Obamacare, cea mai ieftină asigurare pentru aceeași femeie – ca medie calculată la nivel federal pentru 2017 – costă 3.107 USD în prime anuale, adică o creștere de peste 4 ori (pentru un bărbat de aceeași vârstă creșterea ar fi de 5 ori: de la 623 USD la 3.107 USD).

Ca nouă etapă în extinderea monopolului medical etatisto-corporatist, Obamacare întărește alianța dintre marile interese guvernamentale și cele de afaceri, fiind de fapt rezultatul lobby-ului politic exercitat în anii din urmă de marile corporații farmaceutice și marile lanțuri de spitale, fără a neglija, desigur, rolul firmelor de asigurări medicale.[55]

Sunt considerente pentru care credem că Obamacare își dezvăluie impactul ce contează cu adevărat mai ales atunci când, într-un plan mai larg privind lucrurile, observăm că,

54 Agenție guvernamentală cu atribuții legislative ce furnizează servicii de audit, evaluare și de investigații pentru Congresul Statelor Unite.

55 Elocvent în acest sens este și faptul că – potrivit datelor oferite de Fortune 500 – profitul cumulat al celor mai mari 10 firme americane de asigurări a crescut de la 8 miliarde USD în 2008 (anul alegerii președintelui Obama pentru primul mandat) la 15 miliarde în 2015 (aproape că s-a dublat).

în cursul ultimilor 50 de ani, societatea americană a plătit un preț foarte ridicat pentru, pe de o parte, „înghețarea" ofertei prin anularea oricărei posibilități de pătrundere pe piața serviciilor medicale a potențialilor concurenți și, pe de alta, pentru susținerea cererii prin subvenții.

Pe firul acestei idei merită să menționăm că există analize[56] ce arată că națiunea americană ar fi irosit astfel echivalentul a aproape 2 trilioane de dolari pe an (în dolari 2012). Costurile antrenate de operarea la scară națională a monopolului medical etatisto-corporatist pot literalmente ruina economia țării, ele dovedindu-se a fi factorul cauzal major (prin cheltuielile angajate de programele Medicare și Medicaid, cărora le-am putea adăuga și pe cel de securitate socială) la datoria națională de cca. 20 trilioane USD. Același monopol se vădește a fi și bariera principală în calea competitivității globale a țării,[57] dar și factorul major de stres financiar și faliment profesional la nivel personal.

IV. Roadele monopolului medical etatisto-corporatist american

Înainte de adoptarea Obamacare

1. Sistemul de asistență medicală din SUA pare a fi cel mai împovărat cu reglementări din toată lumea. În nici o altă țară de pe glob doctorii și spitalele nu sunt obiectul unor atât de multe agenții, birouri și comisii de supraveghere și control. Regulile, reglementările și legile sunt duplicate,

56 Mike Holly, *op.cit*.

57 Credem că, de exemplu, analizele din ultimii ani de activitate academică ai lui Edward Deming sunt printre cele mai relevante în acest sens.

redundante, multiplicate, supradimensionate și contradictorii. De altfel, legile și reglementările ce vizează activitatea medicilor și spitalelor americane, cărora li se adaugă alte părți ale supervizării sistemului medical, reprezintă în prezent peste jumătate din totalul cuvintelor, propozițiilor și paragrafelor din întregul corp de reglementări juridice al SUA.[58]

2. Atingând un nivel de cca. 1.400 miliarde dolari pe an, cheltuielile populației pentru asistența medicală reprezintă 15% (aprox. o șeptime) din PIB. Costul mediu al asistenței medicale suportat de cetățeanul american a ajuns la 4.662 dolari, adică aproape dublul costurilor pe care le suportă cetățenii multor altor state dezvoltate,[59] în perioada 1992-2012 el înregistrând o creștere de 118%.

3. În mod sigur, sistemul asistenței medicale din SUA este cel mai scump. În mod sigur, totodată, el nu este – așa cum ar fi de așteptat – și cel mai performant în termenii calității actului medical (cum ar fi trebuit să fie din moment ce este cel mai scump). De fapt, conform datelor furnizate de World Health Organization, Statele Unite se situau pe ansamblul perioadei 1946-1989 doar pe locul 37 în lume în ceea ce privește calitatea asistenței medicale. Situația poate fi ilustrată sub multe aspecte, dintre care:

- – în termeni de output, numărul de paturi în spitale s-a înjumătățit, în timp ce numărul de paturi ocupate a scăzut cu o optime (trendul s-a accentuat

58 Henry Jones, *How Medical Boards Nationalized Health Care*, în Mises Daily din 25.02.2005, p. 2 (http://mises.org/daily/1749 – accesat 20 feb.2013).

59 Henry Jones, *op.cit.*, p. 1.

mai ales după „naționalizarea" din 1965, astfel că în intervalul 1965-1989 numărul de paturi în spitale și de paturi ocupate la mia de locuitori a scăzut cu 44% și, respectiv, 15%). În orice caz, pe perioada în discuție, în Statele Unite reveneau mai puțin de 25 doctori și 30 de paturi spitalicești la 10.000 de locuitori, comparativ cu peste 35 doctori și respectiv 50 de paturi spitalicești în cazul țărilor vest-europene avansate

- – în termeni de input, pentru aceeași perioadă 1946-1989, personalul spitalicesc ce a revenit per pat ocupat a crescut de aproape 7 ori, în timp ce costul pe zi de spitalizare (ajustat la inflație) a crescut de 26 de ori;
- – rata mortalității infantile în SUA (anul 2002) era mai mare decât cea dintr-un număr de alte 36 de țări (în SUA, rata era 6,69 copii morți la 1000 de nașteri, în timp ce rata este mai mică în țări precum Franța, Germania, Spania, Grecia, Japonia, Portugalia, Malta, Macao, Italia și lista continuă);[60]
- – în ceea ce privește longevitatea, la nivelul lui 2001, speranța de viață la naștere situa SUA abia pe locul 42 în lume (77,26 ani în SUA, față de, spre exemplu, 83,47 ani în Macao);
- – cu privire la siguranța actului medical, situația nu era cu nimic mai bună. Fapt este că riscurile asociate serviciilor medicale prestate s-au arătat a fi extrem de ridicate[61]:

60 Henry Jones, *op.cit.*, pp.1-2.
61 Henry Jones, *ibidem*.

- – în fiecare an al perioadei analizate între 6.000 și 9.000 de oameni mureau ca urmare a prescripțiilor medicale urmate și a tratamentului primit în cabinetele medicale;
- – în fiecare an, între 98.000 și 140.000 de pacienți mureau în spitalele americane ca urmare a vătămărilor accidentale, erorilor de medicamentație și reacțiilor adverse la medicamentele prescrise. De reținut faptul că este vorba despre pacienți care nu au murit din cauza bolilor de care suferă, ci din cauza tratamentului ce li s-a aplicat.[62]

După adoptarea Obamacare

O serie de studii, rapoarte și analize oferă numeroase date și informații ce ne arată fără dubii, aș zice, că monopolul medical etatisto-corporatist a continuat neabătut să-și plămădească roadele sale rele și după adoptarea reglementărilor cuprinse în *The Patient Protection and Affordable Care Act* (Obamacare). Cât se poate de elocvente în acest sens sunt rapoartele Commonwealth Fund (pe anii 2011, 2012, 2013 și 2014) privind politica internațională în domeniul sănătății, dar și studiile întocmite, cam în aceeași perioadă, de către Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) și Organizația Mondială a Sănătății (WHO).

În esență, ceea ce spun aceste evaluări pentru perioada de după adoptarea Obamacare este faptul că, deși au continuat să aibă cel mai scump sistem de asistență

62 Henry Jones, *op.cit.*, p.1.

medicală, Statele Unite s-au aflat pe mai departe pe ultimul loc dintr-un număr de 11 țări dezvoltate în ceea ce privește o serie de indicatori ai calității și eficienței sistemului medical, ai accesului la îngrijiri medicale, ai echității între beneficiarii de asistență medicală și ai vieții sănătoase.[63] Din aceste studii reiese că, în condițiile în care, neîndoios, toate sistemele de asistență medicală din țările de comparație comportă numeroase și semnificative îmbunătățiri, Statele Unite se singularizează însă prin aceea că au costurile cele mai ridicate și performanța cea mai scăzută. De exemplu, în SUA cheltuielile cu asistența medicală se cifrau în 2011 la nivelul de 8.508 USD/persoană, în timp ce în Noua Zeelandă, țara din eșantion cu nivelul cel mai scăzut al cheltuielilor, acestea reprezentau doar 3.182 USD/persoană. În acest sens, o serie de analiști consideră că mai ales deficiențele privind accesul la asistența medicală primară, precum și inegalitățile din sistem și ineficiența acestuia explică poziția precară ocupată de Statele Unite.[64]

Tabelul de mai jos oferă o imagine grăitoare a situației primei jumătăți a deceniului trecut în sistemului american de servicii medicale, principalele aspecte ce pot fi desprinse din el fiind următoarele:

---

63 Țările de comparație avute în vedere sunt: Australia, Canada, Elveția, Franța, Germania, Norvegia, Noua Zeelandă, Olanda, Regatul Unit și Suedia.

64 Vezi *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2014 Update*, de Karen Davis (Roger C. Lipitz Center for Integrated Health Care at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health), Kristof Stremikis (Pacific Business Group on Health), Cathy Schoen și David Squires (cercetători la Commonwealth Fund).

Viață sănătoasă: performanța este cât se poată de precară, Statele Unite având cea mai ridicată rată a mortalității infantile și cel mai mare număr al deceselor ce ar fi putut fi prevenite dacă s-ar fi acordat la timp asistență medical, dar se află și pe penultimul loc la speranța de viață sănătoasă a persoanelor ce au împlinit 60 de ani.

Accesul la asistență medicală: cetățenii americani trebuie să suporte cea mai grea povară financiară pentru a avea acces la asistența medicală necesară. Astfel, SUA se situează pe ultimul loc între țările de comparație în ceea ce privește fiecare dintre indicatorii accesului la asistență în termeni de costuri. Peste o treime (37%) dintre cetățenii adulți ai SUA au trebuit să se lipsească sau să renunțe la a efectua o analiză, un tratament sau o îngrijire post-tratament datorită costurilor prea ridicate.

Calitatea asistenței medicale: În această privință, Statele Unite ocupă o poziție de mijloc. În privința a doi dintre cei patru indicatori avuți în vedere – anume, eficiența îngrijirii și concentrarea acesteia pe pacient – ele ocupă locurile 3 și respectiv 4, dar performanța este mult mai slabă în ceea ce privește prestarea asistenței în condiții de siguranță a pacientului, precum și legat de coordonarea componentelor asistenței prestate.

Eficiența: Sistemul medical american performează cel mai slab dintre țările analizate atunci când este vorba despre (i) consumul de timp și resurse financiare pentru administrarea polițelor de asigurări medicale; (ii) eficiența comunicării între prestatorii de servicii medicale; (iii) evitarea duplicării inutile a analizelor și testelor medicale. Circa 40% dintre cetățenii adulți din SUA care au primit

consultații într-o cameră de gardă de spital au declarat că ar fi putut urma un tratament la un medic obișnuit din rețeaua medicală, dacă un astfel de medic ar fi fost accesibil (procentajul este dublu, spre exemplu, față de cel valabil pentru pacienții din Regatul Unit – doar 16%).

Echitatea între beneficiarii de asistență: Și în această privință Statele Unite sunt pe ultimul loc. Aproape 4 din 10 adulți (39%) cu venituri sub media pe țară și care s-au confruntat cu probleme de sănătate în ultimii ani nu și-au putut permite o consultație la medic datorită costurilor prohibitive (comparativ cu mai puțin de un adult din 10 în cazul unor state precum Regatul Unit, Suedia, Canada și Norvegia). Există, de asemenea, în Statele Unite discrepanțe mari între cazul pacienților americani adulți cu venituri mici și cel al celor cu venituri ridicate în ceea ce privește timpul necesar pentru a primi asistența medicală curentă de specialitate sau pentru cazurile de urgență medicală.

EXHIBIT ES-1. OVERALL RANKING

COUNTRY RANKINGS
Top 2*
Middle
Bottom 2*

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING (2013)	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality Care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
Health Expenditures/Capita, 2011**	$3,800	$4,522	$4,118	$4,495	$5,099	$3,182	$5,669	$3,925	$5,643	$3,405	$8,508

Notes: * Includes ties. ** Expenditures shown in $US PPP (purchasing power parity); Australian $ data are from 2010.
Source: Calculated by The Commonwealth Fund based on 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults; 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians; 2013 International Health Policy Survey; Commonwealth Fund *National Scorecard 2011*; World Health Organization; and Organization for Economic Cooperation and Development, *OECD Health Data, 2013* (Paris: OECD, Nov. 2013).

V. Trumpcare: aceeași Mărie, cu altă pălărie

De-a lungul întregii sale campanii electorale din 2016, candidatul republican la președinția Statelor Unite, Donald Trump, a căutat să se situeze pe poziții „anti-sistem” în multe dintre temele abordate și promisiunile angajate. Printre acestea, reformarea radicală a sistemului american de asistență medicală. Nu la mult timp după câștigarea alegerilor, noua Administrație Trump a inițiat procesul de abrogare a programului The Patient Protection andAffordable Care Act (Obamacare) și de înlocuire a acestuia cu unul nou, American Health Care Act (AHCA, popular cunoscută ca Trumpcare), promis a fi mai puțin

costisitor, asigurând asistență medicală de o mai bună calitate și lărgind sfera beneficiarilor.

La începutul lunii mai a anului 2017 Camera Reprezentanților – camera inferioară a legislativului american – a aprobat AHCA, urmând ca, în cazul în care va primi și aprobarea Senatului – camera superioară a Congresului SUA – noul act legislativ să fie trimis președintelui Trump spre promulgare.

Fapt este însă că până în aprilie 2018 Senatul american nu anunțase un calendar anume pentru dezbaterea Trumpcare, pentru ca în cele din urmă The American Health Care Act inițiat de Președintele Donald Trump să nu primească aprobarea Senatului. Astfel că Obamacare a continuat să fie cadrul legislativ ce reglementează piața serviciilor medicale în SUA.

În orice caz, din punctul de vedere al perspectivei angajate în analiza de față, trebuie să spun că, la rigoare, faptul că sistemul medical american a continuat să opereze în condițiile Obamacare sau că acesta ar fi fost în cele din urmă abrogat și înlocuit cu Trumpcare nu ar fi avut prea mare importanță. Și aceasta deoarece, în oricare dintre variante, monopolul etatisto-corporativ administrat de frăția alopată (AMA) nu se va fi aflat în cumpănă și nu va fi fost cu adevărat periclitat: Trumpcare nu ar fi însemnat altceva decât un Obamacare reșapat cu unele coordonate tehnice modificate (și acestea nu neapărat esențiale).[65]

65 Nu intenționez să insist aici pe detaliile polemicilor ce s-au purtat în societatea americană între susținătorii celor două programe. Ele pot fi identificate și urmărite în mass-media americană a vremii. De asemenea, cei interesați pot găsi suficiente analize onorabile ce pun în

Epilog

Analiza-serial ce se încheie aici este o reconstituire cronologică a asasinatului instituțional căruia i-a căzut victimă piața nord-americană a serviciilor medicale prin instituirea monopolului medical etatisto-corporatist din America zilelor noastre. Reconstituirea asasinatului a acoperit perioada timpurie a funcționării libere a pieței americane a serviciilor medicale, trecând prin perioada de mijloc a instituirii treptate și a punerii efective în lucru a monopolului medical etatisto-corporatist, și ajungând până la perioada recentă a zilelor noastre, care consemnează consolidarea implacabilă a monopolului.

A existat, de-a lungul celor peste 150 de ani necesari pentru deplina înfăptuire a asasinatului, o veritabilă diviziune a muncii între făptuitori: inițiativa a aparținut *profesiei* (corpul profesional al medicilor alopați), eficientizarea inițiativei s-a realizat prin intervenția simbiotică a forței coercitive a *statului* (în speță, corpul de birocrați medicali federali și statali), iar consolidarea simbiozei s-a împlinit prin alianța cu *industria* (entități corporative private beneficiare ale unui regim privilegiat în relațiile cu autoritățile etatisto-medicale: anumite companii de asigurări medicale, anumite rețele de firme farmaceutice, anumite firme producătoare de medicamente, anumite lanțuri de spitale).

Lecția centrală, cu reprezentativitate generală, pe care reconstituirea asasinatului instituțional ne-o oferă poate fi sintetizată astfel:

---

contrast aspectele procedurale și tehnice ale Obamacare și, respectiv, Trumpcare.

– atâta timp cât complotul pus la cale de grupurile de interese (ale medicilor alopați) s-a realizat prin-forțe-proprii (adică din interiorul mecanismelor de funcționare ale pieței libere), el a eșuat, iar piața și-a dovedit capacitatea genuină de a-și prezerva buna funcționare chiar și în condițiile apariției unor perturbații activate „din interior" (endogen) de către unii dintre participanții pe piață (în cazul nostru, medicii alopați);

– însă, atunci când acest complot a beneficiat și de intruziunea forței coercitive a statului, el a dus în cele din urmă la instituirea monopolului medical etatisto-corporatist;

– ceea ce înseamnă că, departe de a fi pretinsul protector al pieței în fața acțiunii grupurilor de interese prădătoare, statul American s-a dovedit a fi de fapt complicele (deloc dezinteresat al) acestora în asasinarea instituțională a pieței și instituirea monopolului.

Așadar, dacă suntem îndreptățiți să vorbim despre *piață ca virtute* (desigur, nu în sensul că piața prin sine însăși ar avea vreo părtășie cu lucrarea duhovnicească a virtuților, ci în sensul că ea oferă oamenilor circumstanțele și stimulentele ce încurajează comportamente economice mai curând virtuoase / morale decât pătimașe / imorale), atunci suntem deopotrivă îndreptățiți să vorbim și despre *Stat ca patimă* (la fel, nu în sensul că Statul prin însăși natura sa fraternizează cu lucrarea „tainei fărădelegii" în societatea umană, ci în sensul că intervenționismul etatist germinează circumstanțele și stimulentele ce facilitează comportamente economice mai curând pătimașe decât virtuoase).